Nr. 16. 21. kwietnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O powinowactwie klinicznem, epidemiologicznem i profilaktycznem odry i kokluszu.

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci.
Lekarz naczelny: Doc. Dr. Wł. Szenajch.

Ciąg dalszy.

Wracając do monografji Debrégo i Joannona i do tablic statystycznych, przez nich przytoczonych, należy stwierdzić, że autorowie uważają umieralność na odrę za stojącą w prostym stosunku nie do cyfry absolutnego zaludnienia, ile raczej do gęstszego zaludnienia. Słaba na wsi i w małych miasteczkach, wielka w skupieniach wielkomiejskich. Wykazują że w wielkich miastach istnieje znaczna różnica między lekką odrą w klasach bardzo zamożnych i dostatnich a między odrą ciężką i śmiertelną w klasach robotniczych.

Na tę nadmierną umieralność na odrę składają się, zdaniem autorów 3 przyczyny: 1) większa częstość zachorowań na odrę w pierwszem dzieciństwie; 2) większy procent dzieci wątłych i chorych; 3) ciężkość odry u osesków, żyjących w złych przeludnionych mieszkaniach.

Zdaniem autorów ogólnie przez lekarzy przyjęte przekonanie o zgubnym wpływie szpitala na śmiertelność z powodu odry jest przesadą. Trzy czwarte chorych, umierających na pawilonach odrowych, ginie z powodu powikłań, które istniały już w momencie przyjęcia do szpitala.

Zaledwie jedna piąta lub jedna szósta śmiertelności ogólnej na odrę jest spowodowana przez pobyt w szpitalu. W rzeczywistości śmiertelność z powodu odry jest proporcjonalna do przeludnienia: złe mieszkania w dzielnicach biednych i na przedmieściach są główną przyczyną przesadnej śmiertelności z powodu odry.

Autorowie, rozpatrując wyniki śmiertelności dziecięcej na odrę, wspominają pobieżnie o krzywicy, zaburzeniach trawiennych w związku ze sztucznem odżywianiem osesków, o gruźlicy i o kile wrodzonej, jako o chorobach, które poprzednio osłabiając organizm dziecka, ułatwiają śmiertelne działanie ze strony odry.

Jak widać z krótkiego zestawienia, główną tendecją autorów francuskich Debrégo i Joannona było wykazanie, że odra jest ze wszystkich chorób zakaźnych wieku dziecięcego najbardziej śmiertelna, że śmiertelność ta specjalnie przypada na pierwsze dwa lata życia, że zależna jest od przeludnienia wielkomiejskiego i od wadliwych warunków higjenicznych ubogiej, wielkomiejskiej ludności robotniczej. Autorom chodziło o częściowe uniewinnienie szpitalnictwa od rozpowszechnionego zarzutu przyczyniania się do śmiertelności dziecięcej; zresztą zajmują się oni teorją, praktyką, historją i agitacją profilaksji serologicznej przeciw odrze.

Jak starałem się na tych samych cyfrach statystyk autorów wykazać, wysoka śmiertelność u dzieci wogóle, a u małych dzieci w pierwszych latach życia w szczególności, jest właściwością nietylko odry, ale i kokluszu. Autorowie sami raz jeden w przytoczonym przezemnie cytacie to zauważyli, ale budzi to u nich jedynie interes serologiczny, godny analogicznego jak w odrze zastosowania walki z kokluszem, mianowicie zapomocą injekcji surowicy ludzi dorosłych, którzy przeszli różne infekcje dziecięce, a więc także i koklusz. Zresztą nie widzą żadnego związku między odrą a kokluszem i temat odry nie daje im powodu do wycieczek na teren kokluszu.

Wspominają natomiast o błonicy i o zapaleniu płuc odoskrzelowem, jako o częstych dodatkowych zakażeniach odry, które mając charakter również zakaźny są wraz z odrą podwójnie niebezpiecznym czynnikiem zakaźnym, zwłaszcza w ogniskach większego skupienia małych dzieci.

Ponieważ książka ma charakter szlachetnej agitacji w sferach lekarskich na rzecz serologicznej metody uodparniania przeciw odrze, autorowie uważali za potrzebne mocno zaraz na wstępie zaakcentować fakt wysokiej śmiertelności wśród dzieci małych na odrę. Wysoka śmiertelność jest eo ipso dowodem grozy tej choroby. Należy więc z tem złem walczyć. Dla udowodnienia wysokiej śmiertelności i grozy tej choroby uznali za nastosowniejszy sposób uciec się do cyfr statystycznych.

Wszystko zależy od naszego „point de vue sur lequel on se place", czyli od sposobu czytania nawet w nieruchomych martwych cyfrach. Autorowie mają słuszność, ale i ja mam słuszność, doczytując się w tych cyfrach dowodu na równie wartościową liczbowo śmiertelność kokluszową.

Oczywiście nie uważam, zgodnie z tradycją Biegańskiego, Martinet'a, Mackenzie'go, opierania wniosków na podstawach nawet urzędowo-statystycznych za najfortunniejszą metodę przekonywania w medycynie. Niemniej posługuję się niemi, skoro już zostały zebrane, zdając sobie jednak sprawę z ich popularnej wartości.

Takim samym argumentem popularnym jest „vox populi", który się w każdej anamnezie codzień z ust matek powtarza w prostych słowach: „dziecko miało odrę a potem koklusz". Nie trzeba temi popularnemi argumentami pogardzać, bo i one zbliżają nas do prawdy o ile „plus sapit vulgus, quia tantum quantum opus est sapit".

W tych prostych słowach jest ożywcze źródło prawdy dla tych lekarzy, którzy nie mieli sposobności albo czasu „trzymać oczu i uszu otworem" w czasie corocznej niemal epidemji odry. Jest to zjawisko prawie tak nieodłączne, jak drgawki w zapaleniu mózgu, albo jak łuszczenie w szkarlatynie, że mianowicie w ślad za każdą prawie epidemją odry zjawia się epidemicznie koklusz. I jak drgawek lub łuszczenia może czasem we wspomnianych chorobach nie być, tak oczywiście można widzieć czasem epidemje odry bez wyraźnego podniesienia poziomu kokluszu, ale są to prawie wyjątki, i lud ma rację mówiąc o dziecku: „miało odrę a potem koklusz". Oczywiście spieszę dodać, że lekarz, który w czasie epidemji odry czy szkarlatyny ma wyłącznie uwagę swoją skupioną na taki lub owaki przebieg odczynu skórnego Pirquet'a lub Dicka, łatwo przeoczyć może nawet tak tłumowi w oczy rzucający się fenomen, jak właśnie wspomniana epidemja kokluszu w ślad za epidemją odry. Bo wszelkie odczyny laboratoryjne są caeteris paribus bronią obosieczną i zawsze mają dla klinicysty swoje „pile et face". Okoliczność nasilenia epidemicznego kokluszu w ślad po odrze potwierdzają także wykresy Woringera, Knoepfelmachera i t. p.

Jak spostrzeżenie objawu drgawek lub łuszczenia nie stanowi jeszcze syntezy klinicznej, ale jest tylko funkcją obserwacyjną lekarza mniej lub więcej pożyteczną do ustalenia rozpoznania klinicznego, tak obserwacja nasilenia fali epidemji kokluszowej w ślad za epidemją odry nie jest jeszcze zrozumieniem lub objawieniem kliniki kokluszu, ale jest ważnym przyczynkiem do zrozumienia kokluszu.

Duszą kokluszu jest jego właściwość objawiania się w postaci nawrotów t. j. budzenia się ze stanu utajenia do stanu energji kinetycznej pod wpływem urazu infekcyjnego najczęściej, właśnie pod wpływem urazu banalnej odry lub grypy kataralnej. Ponieważ obraz kliniczny grypy jest często dość efemeryczny i nie zawsze plastycznie uchwytny, najłatwiej jest lekarzowi obserwować fakt masowego budzenia się kokluszu właśnie pod wpływem odry, której jasno zarysowane kontury kliniczne z dostrzegalnemi okiem plamami Koplika i z następową rzucającą się w oczy wysypką, nie mogą tak łatwo ulec przeoczeniu.

Oczywiście nie chciałbym być posądzonym o to, że żądam, aby lekarz pragnący poznać klinikę odry i kokluszu oparł swoją wiedzę na wspomnianych, stereotypowo o uszy nasze obijających się słowach matki: miał odrę a potem koklusz, albo na moich w tym kierunku zapewnieniach, że tak w istocie jest, a nie inaczej. Nauka nie zna terroru wiary w czyjeś słowa, ale zna skuteczność obserwacji klinicznej. Lekarz, który chce poznać prawdę zrozumie, że znajdzie ją tylko w sobie t. zn. w swojej wytrwałej i drapieżnej, długie lata nieustającej pracy klinicznej, skierowanej na obserwację objawów chorobowych od samego początku do samego końca nie na jednym tylko chorym, ale na całym szeregu tych samych chorych, których się z oczu nie spuszcza i których się ma ciągle w swojem wytrwałem spostrzeganiu. Aby zaś skutecznie obserwować winien lekarz, jak mówi Mackenzie, „wyostrzyć brzytwę" swojego mniej lub więcej „zaniedbanego i niedostatecznego wychowania klinicznego", które dopiero po latach pracy nabiera produktywnej wartości. I wtenczas jeszcze po najdłuższej pracy nie zdobędzie ostatecznej prawdy, ale jej jeden etap, czyli szczebel postępu. Nawet tak „prosta" funkcja, jak ocena tętna cho-

rego, wymaga, jak wiadomo długich lat pracy nad sobą lekarza praktycznego.

Daleki jestem od tego, aby się kwapić z efektownem zapewnieniem, że w klinice kokluszu szczebel prawdy jedynie pracą nad swojem wychowaniem klinicznem zdobyłem. Nie jest to miejsce na personalne w tym kierunku wynurzenia, ale powtórzę to, co obowiązek lekarski kazał mi oświadczyć z okazji prac, pisanych na temat kokluszu niejednokrotnie od roku 1924 w różnych na ten temat artykułach w prasie polskiej i zagranicznej. Uważam, że w otchłań mroków, jakie otaczały klinikę kokluszu, pierwszy cisnął jasny promień światła pedjatra wiedeński P o s p i s c h i l l. Nauka jego o klinice kokluszu jest jak każde objawienie oślepiające swoją brutalną energją i zrywa dotychczasowe zardzewiałe łańcuchy ciągle tych samych bezkrytycznie powtarzanych autystycznych i banalnych komunałów. Jako jeden z jego uczniów miałem sposobność przez kilka lat nietylko obserwować ten sam (najbogatszy na całym kontynencie) materjał zakaźny dziecięcy, ale nadewszystko miałem sposobność namacalnie przekonać się o prawdzie słów natchnionych M a c k e n z i e'go, że mianowicie, jedynie długa, konsekwentnie w pocie czoła przez szereg lat na tych samych chorych prowadzona, obserwacja kliniczna może prowadzić do „postępu" w medycynie.

P o s p i s c h i l l, jak B i e g a ń s k i, B r u d z i ń s k i, G l u z i ń s k i w Polsce, jak H u t i n e l, M a r f a n we Francji i jak wspomniany M a c k e n z i e w Anglji, należy do rzędu tych lekarzy, którzy w dzisiejszej epoce laboratoryjnej nie utracili wiary w geniusz kliniki, ale którzy w rzesze lekarzy, zdeprymowanych wzrastającym z dnia na dzień fantomem ciągle nowych analiz lub immunobiologicznych odczynów, ciskają ożywcze: „sursum corda". Każdy może być dobrym lekarzem, jeżeli, przy skromnym nawet materjale środków pomocniczych, wytęży talent i myśl kliniczną nad łóżkiem chorego i każdy zdobywać może tereny prawdy.

Pierwszą ścieżką, prowadzącą na gościniec prawdy w klinice wogóle a w klinice kokluszu w szczególności, jest potrzeba nawiązania duchowego kontaktu ze starą szkołą lekarzy myślicieli, których tak mocnem echem we współczesnej medycynie stał się wspomniany M a c k e n z i e, a którzy za konieczny warunek skutecznego rozpoznawania choroby stawiali uprzednie zdobycie przez lekarza należytego wychowania klinicznego. Lekarz, który przystępując do chorego dziecka, sadza je i zaczyna swoją funkcję od sakramentalnego opukiwania klatki piersiowej, może od czasu do czasu trafić nawet w prawdziwe rozpoznanie, ale oczywiście ma złe „maniery" badania i ma wszelkie szanse, że zabrnie na fałszywą drogę, bo jakkolwiek koklusz „siedzi" w płucach a nie w uszach lub pęcherzu, to jednak badanie jak najszczegółowsze wywiadów i jak najuważniejsza obserwacja zewnętrzna dziecka jest, jak w każdej chorobie, nieuchronnym wstępem dobrego wychowania klinicznego lekarza, który nawet zgóry myśląc o płucach, musi oczywiście ocenić wzrokiem częstość oddechów, kolor powłok skórnych, kolor kończyn, czy ust, nie mówiąc już nic o niezbędnej ocenie tętna u dziecka w spokoju.

Wspominam o tym katechizmie badania lekarskiego, nie imputując bynajmniej na chwilę czytelnikowi, aby o nim miał nie pamiętać, ale robię to dlatego, że jak w klinice każdego cierpienia, tak w trudnej klinice kokluszu, zachowanie tych prostych form klinicznych jest niezbędnym warunkiem należytego opanowania trudności rozpoznawczych.

Lekarz, który przy łóżku chorego głęboko rozumie tę potrzebę spostrzegania ścisłego regulaminu badania fizycznego, jest dla mnie rękojmią porozumienia się co do jednej starej i złośliwej tajemnicy poliszynela w medycynie praktycznej, a mianowicie co do prawdy, że to wcale nie jest łatwa rzecz wcześnie odkryć „pneumonję" i że niema inteligentnego i doświadczonego lekarza któryby z tego właśnie najczęściej powodu mniej lub więcej gorzko nie cierpiał. I zdaje mi się, że właśnie w klinice kokluszu umiejętność trafnego i wczesnego zdemaskowania drobnego ogniska w fatalnie nieraz trudnych przeciwnościach badania lekarskiego, jest pointą naszego poznania. Mówiąc „pneumonia" mam oczywiście na myśli nietylko zapalenie płuc włóknikowe (które nie jest, nawiasem mówiąc rzadkością u dzieci, jak to M o u r i q u a n d przed kilku latami rentgenologicznie udowodnił), ale mam na myśli wszelkie postacie zagęszczenia płucnego w znaczeniu klinicznem, co oczywiście może być różnego stopnia stanem choćby jednodniowym „kongestji" płucnej, lub nawet tylko dyskretnem bronchiolitis, czy bronchitis circumscripta. Lekarz, który ma sposobność dużo dzieci badać, rozumie, że mówiąc o trudnościach wykrywania ogniska płucnego, mam eo ipso na myśli nietylko należyte operowanie nabytym czy wrodzonym talentem wykrywania takich lub owakich rzężeń zogniskowanych w płucu, ale oczywiście także ocenę wszelkich stanów nienormalnych płuca, jak np. stanów dyskretnie nieraz utrudnionego dopływu powietrza do płuc na całej ich przestrzeni, lub tylko w jednej części, albo zmian bębenkowego wypuku, lub jeszcze trudniej uchwytnej oporności wypukowej. Lekarz, wtajemniczony w ten trudny labirynt wczesnego wykrywania zmian w płucach dziecka, zrozumie, jak długie lata pracy nad sobą trzeba przetrawić, aby zdobywszy pewną perfekcję, stale jeszcze nie dość ufać sobie. Uważam, że jest to praca znacznie żmudniejsza, niż sumienne szukanie prątków Kocha „w jednym preparacie przez 4 godziny", jak tego słusznie wymaga technika szkoły lyońskiej, lub niż cierpliwe miareczkowanie w odczynie Wassermanna.

Wiadomo jednak, że tylko dzięki tej drapieżnej cierpliwości poszukiwaczy prątków w preparacie Szkoła lyońska okryła się sławą światową z powodu nowych zdobyczy naukowych z dziedziny gruźlicy.

Praca klinicznego szukania ogniska zapalnego wymaga od lekarza nietylko talentu i nietylko doświadczenia, cierpliwości uzbrojonej w ciągle utrzymującą się nieufność, czy jeszcze nie za krótko trwało badanie, ale wymaga oprócz tego pewnej dozy szlachetnego okrucieństwa ze strony lekarza, który prowokując zapomocą najbardziej nawet niewinnych fortelów kaszel, czy czynności oddechowe opornego dziecka chorego, wyrządza mu mimowoli pewną przykrość.

Otóż lekarz, który na wielkim materjale chorych pracuje, po szeregu lat dochodzi powoli do tej doskonałości, że zaczyna sobie nie ufać w kierunku wykrywania przez siebie ogniska w płucu dziecka, zwłaszcza kokluszowego. Rozumie on, że jeszcze poza pierścieniem własnych talentów jest pewna suma takich warunków, których mu się nie udało chwilowo podczas ostatniego badania pokonać. I czasem nie później, niż w godzinę drugi lekarz trafi na szczęśliwy moment, że akurat przy głębszym wydechu dziecka na jeden moment ognisko to słuchem uchwyci i odkryje. Doświadczony lekarz zrozumie, że jeżeli nic nie znalazł, to nazajutrz, albo za kilka dni przy sumiennem badaniu ognisko to mu się z rąk nie powinno wymknąć, jak lekarz, szukający prątków Kocha, nie zniechęci się po jednorazowym ujemnym wyniku swojego badania.

Płuco dziecka, zwłaszcza małego, które zapadło na koklusz, jest właśnie takim niesfornym, trudnym do badania terenem, który niestety dla poznania wymaga długoletniego, cierpliwego kształcenia lekarskiego. Mówię płuco oczywiście w tem znaczeniu, że w czasie kokluszu ono przedewszystkiem jest miejscem anatomicznego umiejscowienia chorobowego, t. j. „główną kwaterą" choroby. Oczywiście koklusz, jak inne choroby zakaźne, jest ogólnem zakażeniem ustroju, w którem rolę etjologiczną przypisuje B o r d e t odkrytym przez siebie bakterjom. M a d s e n w Danji wykazał, że zaledwie 57% w pierwszym tygodniu posiewów plwociny na płytkach P e t r i e g o daje wynik dodatni, w 5-ym tygodniu choroby stwierdzono zaledwo w 9% wynik dodatni. Dodam odrazu, że ten wynik ujemny pod względem badania bakterjologicznego jest podstawą do przyjętego przez higjenistów wyroku 3-tygodniowej zaraźliwości kokluszu. O ile się tyczy dzieci szkolnych, sprawa ta nie jest skomplikowana; o ile chodzi o dzieci małe, zjadliwość wchodzącej w grę flory bakteryjnej wtórnego zakażenia winna być mojem zdaniem bezwzględnie wzięta pod uwagę i, jako wtórne również „zaraźliwe" zakażenie, poddana dyskusji, domagającej się zastosowania aseptyki i odosobnienia dzieci małych na okres dłuższy niż 3 tygodnie.

Kilkudniowy okres zwiastunów kokluszu jest bardzo podobny klinicznie do okresu zwiastunów w odrze, a to z powodu nieżytu spojówek i drażniącego, krtaniowego „odrowego" kaszlu. Kaszel z początku akustycznie odrowy, przekształca się dość powoli w stopniowo charakterystyczny t. zw. kaszel typowy kokluszowy, połączony z kurczem krtani. Równocześnie w ślad za rozwijającym się kaszlem występują dyskretne, rozsiane lub umiejscowione wstępne rzężenia w płucach, których charakterystyczną cechą jest półdźwięczność. Przebieg choroby zależy od wieku dziecka i od ustosunkowania się organizmu do t. zw. zakażeń wtórnych. Jeżeli dziecko jest starsze — 7, 10-letnie — i jeżeli ma poza sobą przebytą kampanję odrową, a otoczenie jego jest pod względem infekcyjnym względnie jałowe i warunki higjeniczne dobre, to choroba może rzeczywiście, zgodnie z dawnemi poglądami autorów, w przeciągu kilku tygodni lub miesięcy przejść łagodnie pod postacią anatomiczną Bronchitis, lub Bronchiolitis, lub Peribronchitis, czasem pod postacią rozstrzeni oskrzelowych (bronchektazji) samouleczalnych, którym towarzyszą większe lub mniejsze ataki kaszlu konwulsyjnego.

Inaczej jednak przebiega koklusz w przeważających masach małych dzieci, właśnie tych, których hekatomby wykazują krzywe śmiertelności dziecięcej, czy pod rubryką kokluszu, czy jako odra.

Bo właśnie, jak wspomniałem na wstępie, treścią dramatyczną kokluszu jest jego tendencja do bardzo uporczywego, przewlekłego

przebiegu w postaci nawrotów, wywołanych z okazji tej lub owej infekcji mieszanej. Nawroty mogą być połączone z charakterystycznym dla kokluszu kaszlem konwulsyjnym, jako głośne nawroty, albo bez tego kaszlu, jako t. zw. nieme nawroty. Nawrót kokluszowy, głośny czy niemy, odpowiada zawsze zmianom w płucach. Dzieci małe w pierwszych latach życia, jako nieodporne na szereg banalnych nawet zakażeń mieszanych, z musu im muszą podlegać i podlegają. Banalną taką rozpowszechnioną infekcją dziecięcą jest odra. Co się dzieje z dzieckiem, które przed rokiem lub pół rokiem przebyło koklusz i które z powodu okoliczności epidemjologicznych zapadnie na odrę? Dziecko małe, które przed rokiem, lub półrokiem przebyło koklusz, wykazuje zwykle niewielkie choćby zmiany wysłuchowe, odpowiadające przy sprzyjających warunkach ograniczonemu zapaleniu oskrzeli, albo też kongestji płucnej. Jeżeli ogólny stan jego jest naogół dobry, to — zanim wystąpią objawy zwiastunów odry — dziecko to zmienia się i wykazuje przed okiem śledzącego lekarza szereg niepokojących, choć dyskretnych objawów pogorszenia ogólnych i miejscowych t. j. ze strony płuc. Pogorszenia tego nie wykryje oczywiście odczyn skórny, ale jedynie geniusz obserwacyjny. To pierwsze, bystro zauważone, nieznaczne z początku a potem coraz jawniejsze pogorszenie stanu płucnego, objawiającego się ogniskiem zapalnem, jest pierwszym sygnałem zbliżającego się urazu zakaźnego. Jeżeli w kilka dni potem zjawi się zapalenie powiek, plamy Koplika i kaszel odrowy, to wiemy, że urazem infekcyjnym, który wywołał pogorszenie stanu płucnego jest odra; innym razem orjentujemy się w aurze epidemicznej i zależnie od endemji obserwujemy nawrót kokluszowy pod wpływem urazu infekcyjnego grypy lub influency.

To nagłe pogorszenie stanu dziecka, które przed ½ rokiem, czy kilku miesiącami „przebyło" koklusz, staje się przyczyną, że zaniepokojona matka oddaje dziecko do szpitala. Fakt przyjęcia tego dziecka przez lekarza dyżurnego, który albo znajduje jakieś ogniska w płucu, albo, nic specjalnego nie znalazłszy, przeczuwa jednak, że dziecku coś brakuje, fakt jego przyjęcia na salę chorych staje się niejednokrotnie brzemiennym w katastrofalne skutki. Bo jeżeli lekarz dyżurny, młody i niedoświadczony, albo doświadczony, ale z powodu braku kontaktu lekarskiego w mieście, nie obznajomiony z panującą aurą epidemiczną odry, nie zada sobie najważniejszego pytania, dlaczego matka dziś właśnie przynosi to dziecko do szpitala, i na pytanie to nie znajdzie odpowiedzi, że mianowicie chodzić tu może o nawrót kokluszu pod wpływem zakażenia odrowego, że więc dziecko to, jakkolwiek wolne od zwiastunów odrowych i dziś niezakaźne pod względem odry, jutro albo przez noc może stać się niebezpiecznem dla otoczenia z powodu widomych albo nawet niewidomych zwiastunów odry u agonizującego dziecka, jeżeli, jednem słowem, lekarz przyjmie to dziecko na ogólną salę chorych, łatwo zrozumieć fatalne skutki takiego nieopatrznego przyjęcia dla całej sali i owych dzieci, które odry nie miały.

Z praktyki prywatnej:

W maju 1914 wezwany byłem w okresie panującej odry do 3-letniego dziecka Stasia K. w mieście D. w Małopolsce. Dziecko przechodziło w zimie koklusz wraz zapaleniem płuc lewostronnem. Choroba obecna trwa od 3 dni wśród ogólnego niedomagania. Ciepłota w dniu badania do 39°. Brak jakichkolwiek objawów zwiastunów odry. Dziecko blade, wykazuje przyspieszenie oddechów i tętna. Tony serca czyste. Badanie płuc wykrywa niewielkie ognisko w miejscu dawnego zapalenia płuc. Kaszel krótki, pneumoniczny. Rozpoznałem zapalenie płuc i wypowiedziałem się co do rokowania oględnie, ale z dozą optymizmu. Przybywszy nazajutrz do dziecka, dowiaduję się, że dziecko w nocy zmarło. Wiadomość ta nie tylko mię zawstydziła, ale i zdziwiła, bo jakkolwiek stan chorego był poważny, to jednak ani na chwilę nie przypuszczałem tak rychłej katastrofy. W 14 dni potem wezwała mię ta sama matka do rodzeństwa zmarłego dziecka, mianowicie do siostrzyczki, 4-roletniej Stefci K., u której stwierdziłem wyraźne objawy zwiastunów odry.

Ex post zrozumiałem, że nagłą przyczyną śmierci dziecka Stasia K. była również odra, która jednak, nie rozwinąwszy się nawet w postaci charakterystycznych zwiastunów, wywołała tragiczny nawrót kokluszu w formie zapalenia płuc w dawnem ognisku i stała się przyczyną śmierci dziecka kokluszowego a równocześnie przyczyną zakażenia siostry odrą.

Przypadek ten przeniesiony przez czytelnika myślą na teren ochronki, czy szpitala dziecięcego, dojrzewa oczywiście do należytych pod względem infekcyjnym rozmiarów.

Przypadek, przeniesiony myślą na teren kancelaryjno-statystyczny, świadczy jaskrawo o przyczynach powinowactwa cyfr pod rubrykami odry i kokluszu, jakkolwiek często dziecko, podciągnięte pod rubrykę kokluszu, umiera bezpośrednio z powodu odry, a naodwrót, dziecko, podciągnięte pod rubrykę odry, umiera z powodu swojego nawrotu płucnego kokluszowego.

W szpitalu Wilhelminy w Wiedniu wyrazem żelaznej dyscypliny aseptycznej był fakt, że w każdym przypadku zakażenia śródszpitalnego odrą przeprowadzano nadzwyczajnie skrupulatne poszukiwanie źródła zakażenia. Przy wyszkolonym i wydyscyplinowanym personelu lekarsko-pielęgniarskim śledztwo takie z reguły dawało pozytywne, pewne rezultaty.

Niemniej zdarzyło się kilka razy, że przy panującej na mieście w tymże okresie czasu odrze pojawiał się na sali chorych kokluszowych przypadek odry w zwiastunach u dziecka, które dłużej niż 18 dni na oddziale leżało i które z żadnem odrowem dzieckiem nie było w zetknięciu. W możliwość przenoszenia odry za pośrednictwem 3-ej osoby nikt ze znanych mi lekarzy, wychowanych w szkole infekcyjnej Pospischilla, nie wierzył. Szczegółowo przeprowadzone śledztwo wykrywało zawsze fakt, że w okresie 9—18 dni, poprzedzającym zjawienie się objawów zwiastujących odrę u zakażonego dziecka, żadne wprawdzie ze wspólnie z niem przebywających dzieci odry nie przyniosło, że dalej żadne z dzieci nie zostało wypisane do domu, że w razie wypisania śledztwo nie stwierdziło odry, że natomiast w okresie tym jedno dziecko, które kiedyś miało koklusz i z powodu nawrotu przybyło do szpitala, właśnie w tym krytycznym 18-dniowym okresie czasu dość nagle zmarło. Historja choroby, mimo 2-krotnie dziennie skrupulatnie przeprowadzanej wizyty szpatlowej jamy ustnej, obecności plam Koplika ani zapalenia spojówek u agonizującego dziecka nie notowała. A jednak właśnie fakt gwałtownego pogorszenia się stanu płuc dziecka kokluszowego i fakt nagłego zgonu stwierdzał, że dziecko znajdowało się w przededniu nadchodzącego okresu zwiastunowego odry. Mimo braku objawów zwiastunowych było już zakażone odrą i dla otoczenia zaraźliwe. Że tak niewątpliwie było, stwierdzały wywiady, przeprowadzone w rodzinie chorego, gdzie udało się stwierdzić w niektórych razach przypadek korespondującego zakażenia odrowego u rodzeństwa zmarłego dziecka. Fenomen ten był lekarzom tak znany i tak pewny, że ilekroć dziecko kokluszowe, które anamnestycznie odry nie przebyło, przybywało w czasie panującej na mieście odry na ogólną salę chorych i potem nagle wśród objawów płucnych umierało, to jakkolwiek ani badanie kliniczne za życia, ani tembardziej sekcja żadnych cech odry nie stwierdzały, jednak przeprowadzało się z obowiązku w związku z tem zejściem śmiertelnem dziecka szczegółową izolację wszystkich tych dzieci, które na odrę nie chorowały, a razem z niem na sali przebywały.

Jest to przyczynek, wielu lekarzom pedjatrom nieznany, a jednak niezbędny w praktyce aseptyki pedjatrycznej w każdym szpitalu, ochronce, czy w żłóbku.

Ten ważny przyczynek do profilacji śródszpitalnej sygnalizowałem w pracy swojej (Pol. Gaz. Lek. Nr. 2, 1928) jako jedno z licznych odkryć mojego szefa Pospischilla.

C. d. n.

Dr. Adam ABDAŃSKI. Lwów.

W sprawie nowego sposobu leczenia pooperacyjnych nieżytów dróg oddechowych.

Z kliniki chirurg. U. J. K. Dyr. Prof. Dr. Hilary Schramm.

Jednem z najczęściej zdarzających się powikłań pooperacyjnych jest zapalenie płuc odoskrzelowe, występujące zarówno u operowanych w uśpieniu eterowem jak i u operowanych w znieczuleniu miejscowem. Wynika z tego, że przyczy takiego zapalenia należy szukać nietylko w miejscowem uszkodzeniu dróg oddechowych przez środek wdychiwany, ale też w całym szeregu innych okoliczności ubocznych lub właściwości ustroju osobnika operowanego. Do przyczyn tych należą: Zaburzenia w krążeniu, aspiracja wymiocin, niedostateczne przewietrzenia płuc, upośledzenie ruchów oddechowych wskutek bolu w ranie i t. p. Wszystkie one prowadzą do wzmożonej eksudacji w zakresie błon śluzowych oskrzeli i oskrzelików, a tem samem do objawów nieżytowych. W jednym wypadku objawy te w krótkim czasie ustępują i bez szczególnych zabiegów leczniczych, w innych zaś prowadzą do ciężkich schorzeń płuc, będących — szczególniej w podeszlejszym wieku chorego — najczęstszą i bezpośrednią przyczyną śmierci.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę (Eden) na czynnik nerwowy, jako taki, który powoduje wzmożoną wypocinę w zakresie dróg oddechowych. Szczególnie często ma się to zdarzać u osobników konstytucjonalnie słabych i przy zabiegach w pobliżu nerwu błędnego. Ma wtedy na drodze oddechowej powstawać zaburzenie w krążeniu i surowicze przepojenie części płuc. (Von den Velden). Zjawiska te, potwierdzone też przez innych (Kelling, Mandel, Schneider) mają występować również i wskutek mechanicznego drażnienia otrzewny z wyłączeniem innych szkodliwości (Eden —

Ruef). Łuk odruchowy tego zjawiska nie jest jednak dotąd znany. Tak samo nie wie się jeszcze nic pewnego o wpływie gruczołów dokrewnych na powyższą sprawę (Gauter).

Jakkolwiek zatem duża jest liczba przyczyn pooperacyjnych zapaleń dróg oddechowych, to jednak na pierwszem miejscu należy postawić pary eteru, któryby był naprawdę idealnym środkiem znieczulającym, gdyby w nim się nie kryło niebezpieczeństwo nieżytów dróg oddechowych (cytowane wg. Riedla). Obawa przed tem właśnie powikłaniem pooperacyjnem stworzyła cały szereg środków zapobiegawczych, które miały jużto na drodze mechanicznej (ułożenie głowy chorego) jużto na drodze farmakologicznej (atropina) usunąć je z sal chorych. Środki te jednak częściowo zawiodły tak, że i dzisiaj spotykamy się jeszcze niejednokrotnie z tem powikłaniem, aczkolwiek rzadziej może niż dawniej.

Szczegółowe badania doświadczalne nad działaniem par eteru na drogi oddechowe przeprowadził Popert. Przed nim już Loewitt wstrzykiwał w tym samym celu kilka kropel eteru do żyły szyjnej, albo wkraplał do otwartej tchawicy. Poppert zaś wprowadzał do otwartej tchawicy królika mieszaninę par eteru i powietrza. Królika następnie zabijał a w płucach znachodził przeważnie następujący obraz: płuca przekrwione, częściowo bezpowietrzne, przy ucisku wydzielał się z przekroju płyn krwawo zabarwiony. W tkance płucnej, jako też w opłucnej znachodził wybroczyny krwawe. Badaniem drobnowidowem stwierdził, że bezpowietrzne części płuc są zapadnięte, nigdzie jednak nie mógł wykazać nacieku zapalnego. Natomiast oskrzela były wypełnione czopami śluzu i one, zdaje się, powodowały mechaniczną bezpowietrzność w płucach. Nabłonki oskrzelowe, szczególnie oskrzeli drobniejszych, wykazywały znaczną produkcję śluzu. Wyniki tych doświadczeń zostały ostatnio z pewnemi drobnemi odchyleniami potwierdzone przez Riessa, a wszystkie one świadczą o tem, że anatomo-patologicznie cała sprawa ma swój początek i usadowienie w oskrzelach. Stąd wniosek, że wyleczenie nieżytu oskrzeli może zapobiec następowemu schorzeniu płuc.

W połowie 1925 r. ogłosił Bier w Münch. med. Woch. obszerny artykuł, zawierający niejako jego credo naukowe w stosunku do homeo- i izopatji, reprezentowanych przez Hahnemanna, Schultza i Luxa. Godłem homeopatji jest: *„Similia similibus"*, godłem izopatji *„Aequalia aequalibus curantur"*. Dla łatwiejszego zrozumienia wyrażę się nieco szerzej. Otóż według zapatrywań homeopatów wpływają leki na gojenie się spraw chorobowych nie przez działanie „z grubsza" na poszczególne narządy, tylko przez ich drażnienie i podniecanie do pewnych czynności, przyśpieszających gojenie się. Drażnienie to i podniecanie ma miejsce — w myśl ich zapatrywań — tylko wtedy, jeżeli do ustroju wprowadzi się odnośne leki w małych dawkach. Wielkie dawki „porażają" narządy. Dlatego to samo lekarstwo w małej ilości zwiększa czynność narządu a w wielkiej ją hamuje. *Mutatis mutandis* środek, który w większych ilościach działa szkodliwie, w małych dawkach działa leczniczo. Niepodobna wdawać się na tem miejscu w szczegółowe omówienie i naukowe uzasadnienie tych zapatrywań, bardzo dokładnie opisanych przez Biera w cytowanym artykule, opartym na osobistem doświadczeniu i bardzo rozległej literaturze. Sam Bier też w końcu zostawia na boku dociekania teoretyczne a najważniejsze wnioski wyciąga z danych praktycznych, których kilka podaje.

I tak zwraca uwagę przedewszystkiem na siarkę, środek w dawniejszej medycynie rozlegle ale w dużych dawkach stosowany i dlatego zdyskredytowany. Działanie siarki na skórę jest powszechnie znane i to zarówno z badań doświadczalnych jak i z obserwacji przewlekłych zatruć siarką; objawia się zaś ono w ostatnim przypadku tworzeniem się owrzodzeń i czyraków na skórze. Stąd wniosek homeopatów, że czyraki i czyraczycę należy leczyć podawaniem małych dawek siarki. Bier, opierając się na tej zasadzie, leczył czyraczycę kołaczykami Stiegelego, zawierającymi po 0.0001 g sulf. jodati, a więc siarkę w dawce „homeopatycznej".

W dalszym ciągu zwraca uwagę na jod, jako prawie swoisty środek przeciw wszelakiego rodzaju przeziębieniowym nieżytom górnych dróg oddechowych. Jod, zażywany w dawkach większych przez czas dłuższy„ wywołuje nieżyt błon śluzowych nosa, spojówek, tchawicy i t. d., używany zaś w dawkach „homeopatycznych", wynoszących dziennie jedną kroplę nalewki jodowej, lub roztworu jodu i jodkali w wodzie, zapobiega nieżytom dróg oddechowych a nawet je leczy w początkach. Powyższą metodę podał już przed Bierem w r. 1923 Finck, a jak sam Bier twierdzi, już przed nimi stosowali ten sposób od dawna homeopaci. Następnie wspomina o fizykalnych a od dawna nawet w medycynie ludowej stosowanych środkach przeciw odmrożeniu, którem jest zimno, i przeciw oparzeniu, którem jest gorące powietrze o cieplocie przeszło 100° C.

A wreszcie — i to nas w tej chwili najbardziej zajmuje — podaje jako „nowy" środek leczniczy dla pooperacyjnych nieżytów oskrzelowych, wywołanych parami eteru — eter i to w postaci wstrzykiwań domięśniowych. I tu chciałbym odrazu zwrócić uwagę na to, że tak, jak już przed Bierem stosował jod Finck, tak już na szereg lat przed Bierem stosowali eter inni autorowie i to pod postacią wziewań (Machansky) lub wstrzykiwań (Bedö, Audrain), a co najważniejsze, z dobrymi skutkami. Metoda ta ma jednak i swoich przeciwników, chociaż bardzo nielicznych (Ochsenius, Macciotte, König).

Środek powyższy został następnie wypróbowany na klinice Biera przez jego asystenta Riessa. Autor ten stosował eter zarówno w celach zapobiegawczych jak i leczniczych. Wstrzykiwał mianowicie w obu przypadkach domięśniowo po 0.5 ccm eteru, 0.5 ccm oliwy z dodatkiem 1% roztworu psikainy (celem znieczulenia) pro dosi. Wstrzykiwań zapobiegawczych zaniechał jednak szybko, okazały się bowiem nieskutecznemi. Natomiast wstrzykiwania, stosowane już po wystąpieniu nieżytu oskrzeli, zostały uwieńczone zupełnym skutkiem i to w przeciągu jednego do kilku dni, bez stosowania jakichkolwiek środków leczniczych dodatkowych (okłady wysychające, kodeina, bańki itp.). Równie dobre wyniki uzyskał Riess przy stosowaniu eteru w ostrych nieżytach dróg oddechowych po przeziębieniach i w przewlekłym nieżycie oskrzeli bez rozedmy.

W krótki czas potem ogłosił Seidl wyniki badań kontrolnych nad tym środkiem przeprowadzonych na klinice Döderleina. Wstrzykiwał eter w przypadkach zarówno ostrego jak i przewlekłego nieżytu oskrzeli jakoteż w jednym przypadku zapalenia odoskrzelowego płuc. I podczas gdy — zgodnie z wynikami Riessa — wyniki leczenia ostrego nieżytu były zupełnie zadowalniające, leczenie eterem nieżytów przewlekłych nie dało — w przeciwieństwie do wyników Riessa — żadnych rezultatów a wstrzyknięcie dawki eteru w przypadkach zapalenia płuc odoskrzelowego wywołało — również w przeciwieństwie do wyników tegoż autora — tak groźne objawy (sinica, zimne poty, małe nitkowate tętno i wybitna duszność), tak, że autor nie odważył się na dalsze leczenie tego chorego eterem i jaknajusilniej przestrzega przed podobnem leczeniem.

W ciągu ubiegłego roku ogłosili swoje wyniki po stosowaniu eteru Hayward i Schneck. Pierwszy zachęca bardzo do stosowania powyższego środka i radzi go stosować „na szczycie objawów klinicznych", bo wtedy działa najlepiej i najszybciej. Drugi rozszerza zakres działania eteru i na przypadki zawałów płucnych pochodzenia urazowego, a w nieżycie ostrym radzi znowu stosować eter „zapobiegawczo albo przy najmniejszych oznakach". Wyniki tego autora (którego artykuł czytałem już po ukończeniu własnych spostrzeżeń) są wprost idealne, gdyż „od 2 i ½ lat nie stracił żadnego chorego naskutek powikłań płucnych", a więc od czasu od kiedy posługuje się powyższą metodą leczenia.

Wobec powyższych doniesień i wielce obiecujących wyników postanowiłem wypróbować wspomniany środek na materjale tut. Kliniki. Naogół leczyłem 24 przypadki, z tego 5 wedle wskazówek Riessa (0.5 ccm eteru, 0.5 oliwy) z tą różnicą, że psikainę zastępowałem 1% roztworem nowokainy. Dodatek oliwy ma na celu opóźnienie wchłaniania eteru, a tem samem przedłużenie czasu jego działania; nowokaina zaś ma znieczulić miejsce wstrzyknięcia (wstrzykiwanie eteru jest bolesne). Według spostrzeżeń Seidla chorzy odczuwali ból mimo obecność środka znieczulającego. Jak się później przekonałem, przyczyną tego jest wadliwa technika. W pozostałych 19 przypadkach stosowałem własną mieszankę o składzie:

Guaiacoli
Camphorae
aa. 1,0
Ol. pini p.
0,5
Mentholi
0,1
Aether. sulf.
Ol. oliv. steril.
aa. 10,0

Cel środków dodatkowych, zawartych w tej mieszance jest zupełnie zrozumiały ze względu na ich własności odkażające i odwaniające. Z mieszanki tej nabierałem do strzykawki 1 ccm, osobno dodawałem 0.5 ccm 1% wodnego roztworu nowokainy i wstrzykiwałem całą tę mieszaninę w m. czworoglowy uda po uprzedniem wkłuciu igły prostopadle do przedniej jego powierzch-

ni. Wskutek pionowego ustawienia strzykawki oleista zawiesina, gatunkowo od nowokainy lżejsza, znajdowała się nad nią tak, że pod ciśnieniem tłoka dostawała się do tkanki naprzód nowokaina i ją znieczulała. W chwili, kiedy do ujścia strzykawki zbliżała się dolna powierzchnia zawiesiny oleistej, przerywałem na chwilę nacisk na tłok a po ½ minucie wstrzykiwałem ją zupełnie bezboleśnie. W czasie doświadczenia tej metody przekonałem się również że w przypadkach nieżytów, połączonych z wysoka ciepłotą i nieznośnemi dla chorego objawami podmiotowemi, należy przez pierwsze 2—3 dni stosować 2 razy dziennie po 1 ccm mieszanki (S e i d l i i. polecją tylko raz), zresztą proszą o to — szczególnie pod wieczór — sami chorzy, gdyż czują się wówczas w nocy znacznie lepiej i przedmiotowo stan ich ulega szybkiej i gruntowniejszej poprawie. We wszystkich przypadkach stosowałem wyłącznie ten sposób leczenia conajwyżej z dodatkiem okładów wysychających a z pominięciem wszystkich innych środków.

Wśród chorych, leczonych eterem, było z rozpoznaniem hernia inguin. 3, hernia fem. lib. 2, hernia fem. inc. 1, ulc. duod. 5, gangr. pedis 1, coxa vara 1, struma 3, hernia umbilic. 1, sublux. coxae 1, genu recurv. 1, ca. mammae 3, tumor scapulae 1, neopl. cocci 1, — z tego zaś w wieku od lat 14—20 było 4, od 20—30 — 5, od 30—40 — 6, od 50—60 — 4, powyżej 60 — 2.

Przy zestawianiu powyższych spostrzeżeń podzieliłem tych chorych ze względów dydaktycznych na 3 grupy:

Pierwsza obejmuje 19 przypadków, wyleczonych eterem z poop. nieżytu oskrzeli, w tem 14 po uśpieniu eterowem, 2 po znieczuleniu miejscowem, 3 po używanem w naszej klinice uśpieniu kombinowanem wg. H i l a r o w i c z a-S z a j n y (somnifen-uretan magn. sulf. z dodatkiem eteru), które według moich spostrzeżeń daje znikomą ilość nieżytów wogóle; te zaś, które leczyłem miały przebieg i charakter bardzo łagodny.

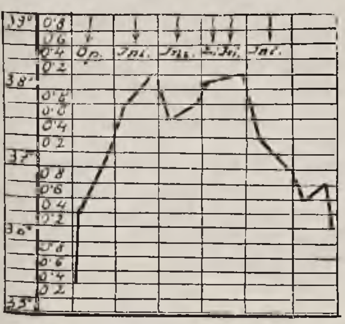
Druga obejmuje 2 przypadki ostrego tudzież 1 przewlekłego poop. nieżytu oskrzeli, których leczenie eterem nie dało rezultatu.

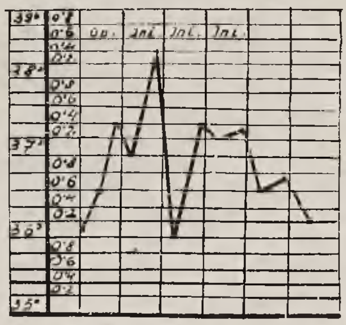
Trzecia zaś 2 przypadki, w których już nazajutrz przerwano leczenie eterem z przyczyn, jak niżej.

Odoskrzelowego zapalenia płuc nie leczyłem w powyższy sposób, nie chcąc się narazić na ewent. przykre następstwa, jak je opisał S e i d l.

Chorzy pierwszej grupy przedstawiali naogół podobny obraz kliniczny: w jeden do kilku dni po operacji zwyżka ciepłoty, kaszel, skąpa plwocina, szmery oddechowe zaostrzone, świsty, furczenia nad powierzchnią płuc. Leczenie rozpoczynałem z chwilą wystąpienia pierwszych objawów (szczegół ten podkreślam) wstrzyknięciem 1 ccm mieszanki eterowej, które powtarzałem u chorych z cięższym nieżytem jeszcze raz tego samego dnia wieczorem. Wszyscy mniejwięcej chorzy już w 5—15 minut (niektórzy później) po wstrzyknięciu podają zgodnie, że lżej im oddechać, że oddech ma woń przyjemniejszą, podobną do zapachu żywicy i że podrażnienie do kaszlu znacznie zmalało. Kaszel się zmniejsza wzgl. ustaje, chorzy odpluwają łatwiej i obficiej a ciepłota opada albo nazajutrz albo w najbliższych 1—2 dniach. Oczywista, że dane powyższe wahają się w nieznacznych granicach, zależnie od indywidualności chorych.

Dla przykładu załączam charakterystyczniejsze krzywe gorączkowe:





W 2 przypadkach ostrego poop. nieżytu oskrzeli, których nie udało się wyleczyć wstrzykiwaniami mieszanki eterowej, przyszło niestety do odoskrzelowego zapalenia płuc. Na tej podstawie wnioskuję, że wartość zapobiegawcza mieszanki eterowej jest żadna lub conajmniej mała. W przypadku zaś nieżytu przewlekłego oskrzeli stwierdziłem po zastosowaniu mieszanki raczej pogorszenie niż korzyść.

Odnośnie zaś do przypadków trzeciej grupy nie od rzeczy będzie zaznaczyć, że w jednym z nich *(hernia fem. incarc.)* wystąpiła nazajutrz po wstrzyknięciu pokrzywka na twarzy i wyprostnej stronie kończyn. Najprawdopodobniej mieliśmy tu do czynienia z idjosynkrazją do eteru, chociaż nie można zupełnie wykluczyć możliwości zatrucia enterogennego (zastój treści jelitowej). W drugim przypadku, operowanym w znieczuleniu Roussiela *(resectio ventric. m.* R y d y g i e r), w którem stwierdzono też nacieczenie szczytów płucnych, nastąpiło po mieszance eter. gwałtowne i znaczne pogorszenie (ciepłota, rzężenia). U obu powyższych chorych przerwano natychmiast leczenie mieszanką. Opierając się na tem spostrzeżeniu muszę przestrzec przed stosowaniem mieszanki eterowej w przypadkach gruźliczego schorzenia płuc.

Mógłby ktoś zarzucić, że nieżyty pooperacyjne leczyło się i leczy równie dobrze bez zastrzyków eteru. Słusznie — ale przecie nierównie łatwiej i prościej jest wykonać wstrzyknięcie w mięsień czworogłowy uda niż np. postawić bańki lub założyć okład wysychający na kl. piersiową po operacji na niej, szczególnie wtedy, jeżeli jest częściowo lub w całości pokryta opaskami. Pozatem jest przeciwwskazane doustne podawanie leków *(natr. benz., ipec.) np.* w pierwszych dniach po operacjach na przewodzie pokarmowym ze względu na łatwość, z jaką ci chorzy wymiotują a samo sadzanie i obracanie chorych przy stawianiu baniek znoszą chorzy operowani daleko gorzej ze względu na bóle w ranie niż ukłucie przy wstrzykiwaniu.

Z e s t a w i e n i e:

W mieszance eterowej możemy mieć wartościowy środek dla leczenia ostrego pooperacyjnego nieżytu oskrzeli.

Zabieg sam cechuje prostota i brak jakichkolwiek niebezpiecznych objawów ubocznych.

Wstrzykiwać należy 1—2 razy dziennie po 1—1½ ccm mieszanki z dodatkiem 0.5 ccm 1% wodnego roztworu nowokainy w sposób wyżej opisany.

W s k a z a n i a i p r z e c i w w s k a z a n i a:

W myśl powyższych spostrzeżeń nadają się do leczenia mieszanką eterową ostre nieżyty górnych dróg oddechowych, natomiast przestrzec należy przed stosowaniem jej w przypadkach zapalenia płuc odoskrzelowego (S e i d e l) dalej nieżytów oskrzeli przewlekłych i katarów szczytów płucnych.

Piśmiennictwo.

B e d ö: Ztschr. f. Kinderheilk. 1923, 35. — B i e r: M. m. W. 1925, 18, 19. — E d e n: Arch. f. Klin. Chir. 1924, Vol. 133. — H. F e a t h e r s t o n e: The British Journ. of Surg. Vol. XII, 1924/25. G e n o e s e: Policlinico 1922, 34. — H a y w a r d: Zentralbl. f. Chir. 1928, 40. — K o r t e: D. m. W. 1909. — O c h s e n i u s: Monatsschr. f. Kinderh. 24. — P o p p e r t: D. Ztschr. f. Chir. T. 67, 1902. R i e s s: M. m. W. 1925, 19. — S c h n e c k: Ztrbl. f. Chir. z. 29/XII, 1928. — S e i d l: M. m. W. 1926, 3.

A. ŁAWRYNOWICZ i Z. CZYŻEWSKA. Warszawa.

Anatoksyna paciorkowcowa w praktyce szczepień ochronnych przeciwpłoniczych.

(Z Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. Warszawy).

Próby wykorzystania anatoksyny paciorkowca płoniczego do szczepień ochronnych przeciwpłoniczych datują się od r. 1925. Z o e l l e r oraz B r o k m a n, H i r s z f e l d o w a, M a y z n e r i P r z e s m y c k i szczepienia te wykonywali stosując nieduże, stosunkowo, dawki anatoksyny. Z o e l l e r, stosując 1.500—2.000 jednostek (dawek skórnych) anatoksyny stwierdził jej własności antygenne oraz B r o k m a n, H i r s z f e l d o w a, M a y z n e r, P r z e s m y c k i szczepiąc 44 dzieci dawką 500 i 1000 jednostek anatoksyny (odczyn ogólny nie występował, miejscowy lekki zaledwo w kilku przypadkach) otrzymali uodpornienie u 34.

S m i t h, stosując anatoksynę, otrzymał uodpornienie w 43 do 56% swoich spostrzeżeń; odczyn na zastrzyknięcie był słaby.

Z e l i k i n a i K u r y c y n a, stosując rozmaite dawki anatoksyny u 100 dzieci w 2 tygodnie po 2-ch zastrzyknięciach otrzymały 80% uodpornionych, 13% z wrażliwością obniżoną i 7% osób u których odczyn Dicka po szczepieniach nie uległ zmianie. Odczyn na wprowadzenie anatoksyny był bardzo słabo zaznaczony. Dawkowanie najodporniejsze 4500 jednostek dla pierwszego i 30.000 jednostek dla drugiego zastrzyknięcia.

W dużych dawkach do 5000 jednostek z dobrym wynikiem L a r s o n, H u e n e k e n s i C o l b y stosowali toksynę pozbawioną toksyczności, przez dodanie rycinianu sodowego. % uodpornionych wahał się od 60.5% do 97%.

Większym materjałem rozporządzali C e l a r e k i S p a r r o w (1927 r.) szczepiąc 201 dzieci (przeważnie z przytułków) o rozmaitej wrażliwości. W wyniku spostrzeżeń dokonanych autorzy przy-

szli do wniosku, że zastosowana jednokrotnie w dużych dawkach (do 20—40.000 jednostek) anatoksyna płonicza stanowi antygen dający jaknajlepszy efekt uodporniający. Zastosowanie jednokrotne 1 cm sz. (20.000 jedn.) już po 7 dniach dawało 68% uodpornionych i 15% z wrażliwością osłabioną (poprzednio wrażliwych); po 14 dniach stwierdzono 79% uodpornionych; po 4 tygodniach odsetek uodpornionych pozostawał bez zmiany. Stosując w nieuodpornionych po 4 tygodniach drugie zastrzyknięcie anatoksyny w ilości 2 cm sz. (40.000 jedn.) otrzymali autorzy w 2 tygodnie później 88% uodpornionych.

Wybitne znaczenie praktyczne danych tych polegało przedewszystkiem na organizacyjnem ułatwieniu szczepień przez ograniczenie zastrzyknięć do jednego oraz przez umożliwienie stosowania znacznie większych dawek antygenu (do 20.000 jednostek w 1 cm^3) bez znacznego odczynu ustroju. Stan odporności antytoksycznej występował niezwykle szybko (już po 7 dniach).

Odczyn ustroju na zastrzyknięcie anatoksyny paciorkowca płoniczego, naogół zwykle słabo zaznaczony, może jednakże w przypadkach wyjątkowych, występować w postaci bardzo wybitnej. Przykład takiego odczynu, posiadający całkowity obraz kliniczny intoksykacji jadem paciorkowca płoniczego podaje J. Fritz po powtórnem zastrzyknięciu anatoksyny (2cm sz. = 40.000 jednostek skórnych) w 12 dni po pierwszem zastrzyknięciu (1 cm sz.), które spowodowało tylko zwykły odczyn miejscowy.

Organizując na wiosnę r. 1928 w porozumieniu z sekcją Higjeny Szkolnej m. Warszawy (Kierownik Dr. M. Roszkowski) i w jesieni tegoż roku w barakach dla bezdomnych (lekarz sanitarny Dr. F. Brodzka) szczepienia ochronne przeciwpłonicze, wychodziliśmy, na podstawie naszego poprzedniego doświadczenia (Ławrynowicz, Hirszfeld i Ławrynowicz), z założenia, że szczepionka winna stanowić antygen możliwie wszechstronnie działający o możliwie małej toksyczności. Przyjęliśmy wobec tego za podstawę schemat Gabryczewskiego (toksyna + paciorkowce) w postaci sporządzanej przez Państwowy Zakład Higjeny szczepionki — anatoksyna paciorkowca płoniczego, zawierająca 20.000 jednostek w 1 cm sz. + paciorkowce płonicze — 100 miljonów w 1 cm sz.

Po poprzedniem wykonaniu odczynu Dick'a zaszczepiliśmy 944 dzieci wrażliwych, stosując 2 zastrzyknięcia — 1 cm sz. i w tydzień później 2 cm sz. szczepionki powyższej, co stanowiło razem 60.000 jednostek anatoksyny. (Odczynów Dick'a wykonano 3066, jedno szczepienie u 379 osób). Stosowanie szczepionki dawało naogół odczyn słaby. Odczyn miejscowy w przypadkach poszczególnych występował bardzo wybitnie, odczynów ogólnych większych prawie nie spotykaliśmy — podniesienie t° 0.5—1.0° spostrzegano w 15—20%; objawy toksyczne (wymioty, wysypka, t° do 39°) dały nie więcej niż 10 przypadków.

Odczyn na zastosowanie zawiesiny paciorkowców w anatoksynie jest znacznie mniejszy, aniżeli na stosowanie używanych poprzednio szczepionek; zwłaszcza wyraźnie występuje to jeśli się weźmie pod uwagę, że obecnie stosowana dawka antygenu jest 20—40 razy większa od poprzednio stosowanej.

Liczb dokładnych, charakteryzujących odczyn po zastosowaniu anatoksyny ze względu na charakter materjału, na którym szczepień dokonano (dzieci szkolne i dzieci w przychodni), przedstawić nie możemy.

Z zaszczepionych 2-krotnie 944 dzieci ze względu na trudności organizacyjne część tylko mogliśmy poddać badaniu kontrolnego odczynu Dick'a w różnych odstępach czasu po ukończeniu szczepień.

Wyniki tych spostrzeżeń przedstawia tabl. I., obejmująca wyniki kontrolnego odczynu Dick'a u 254 dzieci. Ze względu na trudności organizacyjne każde dziecko mogliśmy zbadać *tylko jednokrotnie*, powtórnych sprawdzeń odczynu Dick'a nie wykonaliśmy i materjałem dla charakterystyki jego wahań nie rozporządzamy.

Czas który upłynął od II szczepienia do kontrolnego Dick'a	Uodpornionych osób	Z osłabioną wrażliwością osób	Wrażliwość bez zmiany	Zwiększona wrażliwość osób	Razem osób
1 miesiąc	21 (33,3%)	20 (31,7%)	20 (31,7%)	2 (3,2%)	63
3 miesiące	30 (44,1%)	16 (23,5%)	18 (26,5%)	4 (5,9%)	68
4 miesiące	3	7	6	1	17
5 miesięcy i więcej	51 (48,0%)	40 (37,7%)	9 (8,5%)	6 (5,7%)	106
Razem	105	83	53	13	254

Wynik uodpornienia sprawdzany był u dzieci w miesiąc, 2, 3, 4 i 5 miesięcy po szczepieniach w zależności od właściwości i możliwości danego środowiska. Mimo że materjał nasz nie jest wystarczający do wyciągnięcia wniosków ostatecznych, podajemy go, układając grupy według czasu jaki upłynął od momentu wykonania drugiego zastrzyknięcia anatoksyny.

Tablica wskazuje, że stosunek odsetkowy osób uodpornionych z każdym miesiącem zwiększa się; w miesiąc po szczepieniach mieliśmy 33.3% uodpornionych, po 2 miesiącach — 44.1%, po 5-ciu miesiącach — 48%. Dane te nie zgadzają się z podanemi wyżej wynikami Celarka i Sparrow, którzy w 14 dni po jednokrotnem zastrzyknięciu 1 cm sz. (= 20.000 jednostek) anatoksyny mieli 79% uodpornionych. Przypuszczać należy, że wartość uodporniająca (antygenna) poszczególnych seryj anatoksyny nie jest jednakowa i wyniki otrzymywane w związku z tem mogą wypadać rozmaicie. Gdyby dalsze dokładne spostrzeżenia fakt ten potwierdziły — obniżałoby to wartość anatoksyny paciorkowca płoniczego jako typu szczepionki.

Po za grupą osób uodpornionych całkowicie mamy dość znaczną grupę osób z obniżoną po uodpornieniu wrażliwością na toksynę paciorkowca płoniczego — słabszy odczyn Dick'a. Nie jesteśmy bynajmniej skłonni przeceniać tej grupy wyników kontrolnego odczynu Dick'a ze względu na liczne zastrzeżenia jakie ona napotyka. Jednakże, biorąc pod uwagę, że grupa ta jest liczbowo dość znaczna, że ma ona tendencję do powiększania się (po miesiącu 31.7%, po 5 mies. 37.7%), skłonni jesteśmy uważać, że mimo pewnych zastrzeżeń świadczyć ona może o częściowem uodpornieniu. Grupa osób u których odczyn Dick'a pozostaje bez zmiany (wrażliwość zachowuje się) z biegiem czasu ulega znacznemu obniżeniu — po miesiącu 31.7%, po 5 miesiącach — 8.5%.

Całość liczb podanych świadczy niewątpliwie o wartości uodporniającej szczepionki, zawierającej anatoksynę paciorkowca płoniczego. Szybkość uodpornienia jest jednakże znacznie wolniejsza, niż to wypadło w początkowych spostrzeżeniach Celarka i Sparrow, którzy po tygodniu mieli 68% uodpornionych. Materjał nasz uzasadnia również potrzebę stosowania dwóch zastrzyknięć anatoksyny w celu otrzymania stanu odporności w warunkach szczepień masowych. Wyniki przez nas otrzymane po 2 ch zastrzyknięciach były nawet niższe, niż po 1-em zastrzyknięciu w spostrzeżeniach Celarka i Sparrow.

Podział wyników szczepienia według grup wieku nie dał możności wyciągnięcia wniosków praktycznych.

Jeśli porównamy teraz wyniki szczepień oryginalną metodą Dick'ów (toksyna paciorkowca płoniczego trzykrotnie zastrzykiwana razem 3500 jednostek skórnych) z wynikami wyżej podanemi, to okaże się, że po szczepieniach metodą Dick'ów mieliśmy 20.4% uodpornionych, 22.1% z osłabioną wrażliwością i 25.5% nieuodpornionych. Wyniki naszej obecnej akcji szczepień anatoksyną z paciorkowcami płoniczemi wypadają znacznie lepiej, dając liczbę uodpornionych do 48%, z osłabioną odpornością — 37.7%, oraz nieuodpornionych (w 5 mies. po szczepieniu) — 8.5%.

Ze względu na szczupłość materjału, którym rozporządzaliśmy wyniki te mają wartość wyłącznie orjentacyjną.

Wnioski: 1. Stosowanie szczepionki w postaci anatoksyny z paciorkowcami płoniczemi (20.000 jednostek + 100 miljon. paciork. w 1 cm sz.) daje odczyn miejscowy i ogólny słabo zaznaczony.

2. Szczepionkę stosować należy dwukrotnie 1 cm sz. i 2 cm sz. w odstępie tygodniowym (razem 60.000 jednostek).

3. Odsetek uodpornionych (mierzony odczynem Dick'a) po szczepieniu stanowi 33.3% w miesiąc po wykonaniu szczepień, 44.1% w 3 miesiące i 48% — w 5 miesięcy.

4. Stan odporności (mierzony odczynem Dick'a) po zastosowaniu szczepionki w postaci anatoksyny z paciorkowcami płoniczemi daje się otrzymać u większego odsetku szczepionych niż po stosowaniu oryginalnej metodyki Dick'ów w jej pierwotnej modyfikacji (toksyna paciorkowca płoniczego — 3500 jednostek).

Piśmiennictwo.

1. Brokman, Hirszfeldowa, Mayzner, Przesmycki: W. Cz. L. 1925, Nr. 11. — 2. Celarek i Sparrow: Pedjatrja Polska T. VII, z. 4, 1927. — 3. Hirszfeld i Ławrynowicz: P. G. L. 1928, Nr. 22. — 4. J. Fritz: Praktyka Lekarska 1929, s. 12 (dodatek do Polsk. Gaz. Lek.). — 5. Larson, Huenekens a Colby: Journ. of Americ. Medic. Assoc. 3. IV. 1926, według Zoeller'a Pr. Med. 1926, s. 1506). — 6. Ławrynowicz: P. G. L. 1926, Nr. 52. — 7. Smith: Brit. Journ. Exper. Pathol. IX. 1928 (według Bull. Past. 1928, str. 648). — 8. Zoeller: C. R. S. B. 1925, T. 92, s. 244; T. 93, s. 946, Pr. Med. 1926, s. 1506. — 9. Zelikina i Kuricyna: Mikrobiolog. Żurnał, T. VI, z. 1—2, 1928 r.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Emil MICHAŁOWSKI. Lwów.

Przypadek askarjazy woreczka żółciowego.

Z kliniki chirurg. U. J. K. Dyr. Prof. Dr. Hilary Schramm.

Schorzenia dróg żółciowych wywołane obecnością w nich glist ludzkich nie są zbyt rzadkie. Jeżeli jednak chodzi o pęcherzyk żółciowy, to przypadki znalezienia w nim glist spotyka się już o wiele rzadziej w piśmiennictwie.

Rozwój glist ludzkich jest rzeczą znaną, nie będę się więc nad nim rozwodzić, przypomnę tylko charakterystyczną, podnoszoną przez wszystkich autorów cechę glist, a mianowicie ich wielką zdolność do wędrówki. Tą właśnie cechą tłumaczyć sobie możemy ich rzadką wprawdzie, lecz spotykaną obecność w drogach żółciowych, a nawet w pęcherzyku żółciowym.

W klinice chirurgicznej lwowskiej mieliśmy sposobność obserwować przypadek askarjazy woreczka żółciowego.

X. Y., kobieta lat 28, żona kupca cierpi od 10 lat na bóle o charakterze kolkowym w podżebrzu prawem. Bóle te promieniujące ku górze i ku tyłowi występowały początkowo rzadko, następnie coraz częściej, wreszcie zaczęły się pojawiać pomiędzy napadami bóle stałe ciągnące o umiejscowieniu tem samem. Chora wspominała, że zauważyła kilkakrotnie żółtaczkę, która jednak ustępowała dość szybko. Spadła również znacznie na wadze. Stan obecny: Chora znacznie wychudzona, skóra o lekkim odcieniu żółtaczkowym. Zmian w narządzie klatki piersiowej nie znaleziono. Wątroba nieco powiększona, dolny jej brzeg macalny i bolesny. Przyśrodkowo od linji sutkowej prawej wyczuwało się bardzo bolesny, nie dający się ściśle odgraniczyć opór. Temperatura w czasie przyjęcia chorej normalna. Chorej podano dożylnie 3 g tetragnostu (Merck) w 50 cm^3 wody destylowanej. Na zdjęciu roentgenowskiem zarysów woreczka nie wykazano. Rozpoznanie: *Cholelithiasis.*

W znieczuleniu Roussiel'a cięciem wzdłuż łuku żebrowego prawego otwarto jamę brzuszną i stwierdzono: woreczek żółciowy znacznie powiększony, nienapięty, niezrośnięty z otoczeniem. Ściana woreczka niezgrubiała, surowicówka niezmieniona. Przewód żółciowy wspólny rozszerzony. Przy obmacywaniu woreczka stwierdzono wewnątrz glistę. Woreczek wraz z glistą usunięto.

W dwa dni po zabiegu wystąpiły u chorej nudności i bole w podżebrzu prawem. Podano wówczas santoninę z kalomelem. Wśród wymiotów odeszło kilka glist, poczem bóle ustąpiły.

W przebiegu pooperacyjnym uderzał mimo szybkiego gojenia się rany przez rychłozrost stan ogólny ciężki, apatja i silne osłabienie. W 14 dni po zabiegu chora opuszcza klinikę. W miesiąc po zabiegu chora donosi, że bóle w podżebrzu prawem występują jeszcze od czasu do czasu, miewa przytem często nudności i wymioty. Pozatem skarży się na częste bole głowy.

Podobne przypadki askarjazy woreczka żółciowego zostały zebrane i opisane przez Charlesa Bruce'a w Archivs of Surgery z sierpnia 1928.

Przy zestawianiu objawów chorobowych w opisanych dotychczas przypadkach askarjazy woreczka żółciowego, na pierwszy plan wysuwa się zapalenie tego woreczka, wywołane najprawdopodobniej przez drażnienie mechaniczne, a być może i przez ciała toksyczne produkowane przez glistę. Zapalenie to posuwając się wzdłuż przewodów ku wątrobie może spowodować powstawanie w niej ropni, jak to miało miejsce w wypadku Tyan'a cytowanym przez Bruce'a i w wypadku podanym przez Nowickiego. Powstawanie tych ropni odnoszą autorowie również do ciał toksycznych wydzielanych przez glisty, względnie do równoczesnej wtórnej infekcji. Wspomnieć należy że w ropniach tych znajdowano resztki pasożytów. Powikłanie to, jak również rozległe zapalenie przewodów żółciowych ma być szczególnie częste przy obecności glist w przewodzie wątrobowym wspólnym i w jego większych odgałęzieniach (Neugebauer Zentrblatt f. Chirurgie 1924). Na tle zapalenia ściany woreczka wywołanem przez glisty, mogą wystąpić znaczne owrzodzenia, w następstwie których przyjść może do przebicia ściany woreczka i zapalenia otrzewnej (Nordmann-Kirschner Chirurgie).

Drugim objawem występującym dość często jest żółtaczka, którą odnieść można do chwilowego zatkania przewodów wątrobowych przez wędrujące glisty. Charakterystycznem też jest, że żółtaczka ta ustępuje dość szybko. Do wystąpienia żółtaczki przyczynić się może w znacznej mierze zapalenie dróg wątrobowych wywołane obecnością w nich glist.

Jako jeden z objawów dość charakterystycznych podnieść należy stan ogólny ciężki, robiący wrażenie zatrucia organizmu. Na stan ten, który jak wyżej wspomniałem mieliśmy sposobność obserwować i u naszej chorej, wielu autorów zwraca uwagę, odnosząc go do ciał trujących, znalezionych w wyciągach z pasorzyta. W przypadkach zaś askarjazy dróg żółciowych zwykle stwierdza się wielką obfitość glist w przewodzie pokarmowym (Bruce, Tviles, Eberle, Butt, Tuyan).

Jak widać z powyższego zestawienia objawów żaden z nich nie może być uważany za swoisty dla askarjazy woreczka żółciowego. Co najwyżej w danym przypadku, przy objawach ze strony pęcherzyka żółciowego i przy równoczesnem znalezieniu glist albo ich jajek w wymiocinach względnie stolcach chorego, można przypuszczać, że powodem objawów są właśnie glisty.

To też wszyscy autorowie zgodnie zaznaczają, że ścisłe rozpoznanie jest niemożliwe. Wszystkie przypadki zebrane przez Bruce'a, jak również przypadek wyżej opisany, były operowane jako kamica powikłana stanem zapalnym.

Przy rozpoznaniu różniczkowem między kamicą a askarjazą woreczka, wiek poniżej lat 20 ma przemawiać według Vierordta raczej za askarjazą. Jak wynika jednak z przeglądu piśmiennictwa wiek chorych u których stwierdzono glisty w woreczku żółciowym, wahał się pomiędzy 9 – 74 rokiem życia (Bruce).

O tem w jaki sposób glisty z przewodu pokarmowego dostają się do dróg żółciowych nic pewnego powiedzieć nie można. Jeżeli się jednak weźmie pod uwagę charakterystyczną dla glist zdolność wędrowania, to najprawdopodobniej już dojrzałe glisty wędrują przez dwunastnicę do przewodu wątrobowego wspólnego.

Uwagi godny jest stosunek askarjazy dróg żółciowych do kamicy. Neugebauer stoi na stanowisku, że kamica żółciowa sprzyja dostawaniu się glist do dróg żółciowych, powołując się na Hortolomei, który na 61 obserwowanych przypadków askarjazy dróg żółciowych znalazł w 60% równocześnie kamicę. Glisty mogą być również powodem kamicy (Körte). Niejednokrotnie znachodzono glisty jako jądra kamieni żółciowych, jak to miało miejsce w przypadkach opisanych przez Gemmericha i Miyake.

Jako zabiegi operacyjne w wypadkach o których mowa stosowano cholecystotomję lub zupełne usunięcie woreczka. Jeżeli chodzi o zabieg pierwszy to wydaje się on być racjonalny w wypadkach, kiedy poza obecnością glist nie stwierdza się ani zmian zapalnych ani kamicy woreczka żółciowego. Z drugiej strony jednak zauważyć należy, że wobec możliwej obecności jajek pasorzyta w woreczku, może nastąpić nawrót choroby. Toteż wielu autorów uważa za bardziej racjonalne i właściwe usunięcie woreczka szczególnie przy zmianach zapalnych w jego ścianie. Leczenie zaś pooperacyjne polega na podawaniu santoniny celem doszczętnego usunięcia glist z przewodu pokarmowego.

Dr. Stanisław KALINIEWICZ. Kalisz.

Kilka uwag na podstawie spostrzeganego przypadku raka esicy u 16-to letniego chłopca.

W nowszem piśmiennictwie lekarskiem omawiającem statystyki złośliwych nowotworów, poczęto zwracać uwagę na częstość występywania raka w wieku młodocianym. Dawniejsze poglądy, uważające raka za chorobę wyłącznie wieku podeszłego, uległy zmianie. Niewątpliwie dotychczasowe statystyki stwierdzają, że rak jest częstszy po 40-tym roku życia, z drugiej strony nie jest tak rzadki u ludzi znacznie młodszych, abyśmy go wykluczali z kręgu dociekań rozpoznawczych z przyczyny młodocianego wieku naszych chorych.

Podana w krótkości historja choroby przypadku, spostrzeganego przeze mnie, wymownie popiera powyżej wyrażone zdanie. Chory H. K., lat 16, wyznania mojżeszowego przyjęty został na oddział chirurgiczny dnia 28 listopada 1927.

Wywiad: ojciec żyje, matka zmarła w 38 roku życia z powodu raka sutka, operowaną nie była, siostra jest zdrowa ma lat 22, pozatem wywiady rodzinne nie przedstawiają godnych uwagi szczegółów. Chory czuł się na ogół aż do wystąpienia objawów obecnej choroby zdrowym, rozwijał się normalnie, nie przechodził chorób wieku dziecięcego i zakaźnych. Początki obecnej choroby, objawiające się jako kruczenia jelit (początkowo niebolesne) chory zauważył w lutym 1927. W czerwcu kruczenia występowały w łączności ze stawianiem się jelit oraz pojawiło się uporczywe zaparcie stolca, pojawił się brak apetytu i utrata wagi ciała. W lipcu wystąpiło zaparcie stolca, trwające, jak chory podaje, około 3 tygodnie, środki przeczyszczające, podawane doustnie, nie działały, dopiero liczne wlewania z oliwy, wody mydlanej itd., zalecone przez lekarza, spowodowały oddanie stolca, od tego czasu stolce były tylko po codziennych lewatywach. Wraz z kruczeniem

jelit pojawiły się coraz częstsze bóle, początkowo w prawej dolnej części brzucha, później w całym brzuchu.

Stan obecny: Młodzieniec wysokiego wzrostu, smukłej postaci, o dość silnej budowie kośćca. Skóra i widoczne od zewnątrz śluzówki są bardzo blade, podściółka tłuszczowa jest w silnym zaniku. Narządy głowy, szyi, klatki piersiowej zmian chorobowych nie wykazują.

Brzuch: Obmacaniem stwierdza się na wysokości wyrostka kolczastego prawego talerza kości biodrowej twardy opór, opór ten jest rozmiarów mandarynki, o nierównej powierzchni, postaci jego nie można dokładnie oznaczyć, przy ruchach oddechowych jest nieznacznie ruchomy, natomiast wykazuje przy ugniataniu dość znaczną ruchomość i przesuwalność ku lewej stronie brzucha. Ucisk na okolicę wyczuwanego oporu jest bolesny. W czasie badania wystąpiły bardzo żywe ruchy robaczkowe jelit, spotęgowały się one do stawiania się pętli jelitowych widocznego głównie po lewej stronie brzucha. Po ustąpieniu stawiania się jelit nie można było stwierdzić bardzo wyraźnie wyczuwalnego przedtem oporu, natomiast wyczuwał się opór w okolicy lewego talerza biodrowego, jakkolwiek mniej wyraźnie, niż opór poprzednio opisany, to jednak w swym charakterze do niego podobny, tak, że można było wyrazić przypuszczenie w kierunku identyczności obu zmian. Poza tem obmacywaniem nie stwierdzono nienormalnych oporów lub punktów bolesnych. Wypuk nad całym brzuchem jest wysoko bębenkowy, lekko przytłumiony nad wyczuwalnym oporem. Gruczoły pachwinowe wyczuwają się twardo, nie są powiększone. *Per rectum* zmian chorobowych nie stwierdza się.

Prześwietlenie Roentgenem, wykonane kilkakrotnie bezpośrednio przed przybyciem chorego do szpitala, wskazywało na istnienie przewężenia esicy.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: Przewlekłe przewężenie esicy, spowodowane guzowatym naciekiem.

Dnia 2. XII. 1927 wykonałem w uśpieniu eterowem zabieg operacyjny. Po otwarciu jamy brzusznej przez cięcie powłok w linji środkowej poniżej pępka wylała się nieznaczna ilość płynu przeźroczystego, bursztynowo-żółtego. W okolicy początkowej części esicy można było stwierdzić przewężenie, obejmujące pierścieniowato cały jej obwód. W miejscu przewężenia ściana esicy była zgrubiała, chrzęstno-twarda, pojedyńcze warstwy ścian jelita i same ściany w stosunku do siebie nie były między palcami przesuwalne. Ten pierścieniowaty naciek gubił się bez wyraźnego ograniczenia w kierunku doustnym i końcowym esicy, która była tak powyżej, jak poniżej nacieku, silnie wzdętą. Omawiane zmiany przypominały mutando-mutandis klepsydrowate przewężenie żołądka, spotykane przy wrzodzie okrągłym, podobieństwo to było tem charakterystyczniejsze, że ściany jelita były tak poniżej, jak powyżej zwężenia, znacznie zgrubiałe, dzięki przerostowi mięśniówki, oraz wzdęte do rozmiarów żołądka. Rozszerzenie okrężnicy i olbrzymi przerost jej ścian sięgał w kierunku doustnym aż po ujście wątrobowe. Światło esicy w miejscu jej przewężenia nie przepuszczało nawet jednego palca. Gruczoły krezki były powiększone, twarde, również w sieci stwierdzono liczne twarde guzki. Krezka esicy była długą i zezwalała na jej rozległą ruchomość. Wobec podejrzenia, że zmiany opisane są nowotworowemi o złośliwym charakterze i ze względu, że przy opisanym stanie inny zabieg był niemożliwy wykonano założenie stałej przetoki kiszki ślepej, wycięto cząstkę guza, gruczoł krezki i guzki sieci dla zbadania drobnowidowego.

Cięcie w linji środkowej zamknięto szwem warstwowym na głucho. Dalszy przebieg choroby nie przedstawiał nic godnego uwagi. Wiatry i stolce odchodziły dobrze przez założoną przetokę, charłactwo postępowało w szybkiem tempie, bólów chory nie odczuwał, czuł się tylko coraz bardziej osłabiony. Zejście śmiertelne nastąpiło dnia 2. I. 1928.

Wynik badania wyciętych guzków, wykonany w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniwersytetu we Lwowie brzmiał: „W preparacie z guzka sieci stwierdza się, co następuje: Wśród tkanki tłuszczowej stwierdza się ogniska, złożone z komórek oddzielnie względem siebie poukładanych, ułożeniem względem siebie niekiedy przypominających cewki gruczołowe. Komórki te mają najbardziej charakter komórek nabłonkowych. Pierwoszcze tych komórek ulega zwyrodnieniu śluzowemu, stwierdza się też różne okresy tego zwyrodnienia, a więc początkowe pojawianie się śluzu w pierwoszczu komórki, a także okresy, w których komórka jest wybitnie rozdęta przez śluz a jądro jej zepchnięte do obwodu. Wreszcie stwierdza się także miejsca, w których nie można się już dopatrzeć utkania komórkowego w miejscu którego są wyłącznie masy śluzowe. Komórki wspomniane są rozrzucone także po jednej wśród utkania sieci. W guzku określonym, jako gruczoł chłonny, stwierdza się utkanie podobne do opisanego, tylko niektóre ogniska komórkowe są złożone z komórek przypominających wzajemnem względem siebie ułożeniem bardziej cewki gruczołowe, których nabłonki śluzowacieją. Utkania gruczołu chłonnego nie stwierdza się.

Całość odpowiada niewątpliwemu rakowi śluzowemu, ze względu na ułożenie cewkowate komórek, wyszłemu z błony śluzowej gruczołowej". Sekcji zwłok nie wykonano z powodu sprzeciwu rodziny i dotychczas niestety nie zaprowadzono w obrębie byłej Kongresówki przymusu sekcyjnego zwłok chorych, zmarłych w szpitalach.

Powyższa historja choroby jest przyczynkiem do wzbogacenia piśmiennictwa kazuistycznego, ze względu na rzadkość powstania raka kiszki grubej w tak młodocianym wieku chorego, zwłaszcza, jeżeli się weźmie pod uwagę, że dane mi było spostrzegać dopiero koniec sprawy, początek jej sięgał napewne kilka lat wstecz. Statystyka sekcyjna, Zakładu Anatomji patologicznej Un. we Lwowie, (Janusz, Pol. Gazeta Lek. Nr. 7, 1925) podaje 831 przypadków raka, spostrzeganych na stole sekcyjnym w tamtejszym Zakładzie, z tego 78 przypadków raka jelit. Między 10—20 rokiem życia raka jelit nie spostrzegano ani razu, natomiast w tym okresie życia w innych narządach stwierdzono raka 4-ro krotnie, w tej samej pracy czytamy, że Phillip zestawił 12 przypadków raka odbytnicy i 5 raka esicy w wieku lat 15. Wszystkie statystyki naogół są zgodne co do częstotliwości umiejscowienia raka jelit, mianowicie rak jelita cienkiego jest dość rzadki, częstszym jest rak kątnicy i esicy, najczęstszym w odbytnicy.

Podzielam zdanie Janusza, że małą liczbę zgłaszanych przypadków wystąpienia raka w wieku młodocianym należałoby przypisać mylnemu przekonaniu starszych lekarzy, iż rak zdarza się tylko w wieku podeszłym, ale także młodsi ten błąd popełniają, jedni i drudzy czynią to może nie zawsze i nie tyle z powodu nieświadomości co do możliwości występowania raka u ludzi młodych, ile po prostu dlatego, iż występowanie to jest względnie rzadkiem. Będziemy zawsze pamiętać, że przypadki podobne do mojego były spostrzegane, że w rozważaniach rozpoznawczych nie można przejść do porządku dziennego nad zagadnieniem istnienia raka tylko z powodu młodocianego wieku chorego, to wówczas ilość przyżyciowo stwierdzonych przypadków wzrośnie i rozpoznania w momencie, dozwalającym jeszcze na radykalny zabieg i uratowanie chorego będą częstszemi.

Rozpoznanie początkowych okresów raka przewodu pokarmowego jest bezwątpienia trudne. W godzinach ordynacyjnych jest często niemożliwe, gdyż chorzy zgłaszają się zwykle po południu po spożyciu obiadu z wypełnionym żołądkiem, mniej lub bardziej silne chwilowe wzdęcia są w stanie pokryć zmiany już nawet bardzo daleko posunięte, zwłaszcza, jeżeli chodzi o jelito grube.

Dwukrotnie spostrzegałem pomyłki w kierunku błędnego rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego, w jednym przypadku chodziło o raka kątnicy, który później operowałem radykalnie i szczęśliwie (chory w wieku lat 35), drugi raz wycięto gdzieindziej nawet pewnie niewinny wyrostek robaczkowy a pozostawiono raka poprzecznicy jako proces nierozpoznany. Omyłki takie są możliwe z kilku względów. Przedewszystkiem ma tu znaczenie skłonność błędnego przypisywania wszelkich dolegliwości umiejscowionych w okolicy kiszki ślepej, schorzeniom wyrostka robaczkowego, następnie fakt, że zmiany rakowate, umiejscowione nawet w końcowych odcinkach kiszki grubej, mogą dać dolegliwości w okolicy kątnicy. Dolegliwości te znajdują w tem wytłómaczenie, że skutkiem zmian rakowatych, powodujących zwężenie jelita grubego powyżej zwężenia występuje zastój, który pociąga za sobą rozszerzenie i przerost doustnych odcinków oraz zmiany zapalne i owrzodzenia śluzówki; stan ten prowadzi w dalszym ciągu do bolesnych skurczów i wzdęć, te ostatnie odbijają się, zwłaszcza w kątnicy, w którą wpadają nagromadzone gazy i nie mogą posuwać się dalej, te właśnie bolesne wzdęcia, którym jelito ślepe, dzięki cienkości jego ścianek, łatwo ulega, mogą powodować błędy rozpoznawcze. Błędy te są tem jeszcze łatwiejsze, jeżeli wystąpią owrzodzenia, przebijające na zewnątrz ściany jelita, możemy wówczas otrzymać obraz ostrego zapalenia wyrostka, jeżeli nastąpiło nagłe przebicie, lub też nacieków okołokątniczych, jeżeli proces postępuje powoli.

W przypadku przeze mnie opisanym zachodził jeszcze jeden czynnik, który też niekiedy może prowadzić do błędu, t. j. długość krezki esicy, pozwalająca na tak znaczną jej ruchomość, że przesuwała się ona w okolicę prawego talerza biodrowego, przesunięcie takie może być niekiedy utrwalone przez zrosty.

Prócz wymienionych trudności rozpoznawczych nowotworów jelit, możnaby wymienić jeszcze wiele innych, przekroczyłoby to jednak ramy komunikatu niniejszego.

Dokładne badanie, wyczerpanie wszelkich nowoczesnych metod, zwłaszcza stosowanie częstsze prześwietleń roentgenowskich

przyczyniłoby się niewątpliwie do poprawy statystyki leczenia operacyjnego, tembardziej, że raki jelit nie odznaczają się zbytnią złośliwością i nadają się do radykalnego wycięcia, nawet w okresach ich rozwoju, dość daleko postąpionego.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Karol BRAUN, sekundarjusz oddziału. Lwów.

Krótki zarys rozwoju i organizacja pracy oddziału oto-laryngologicznego Szpitala Powszechnego we Lwowie.

Prymarjusz Dr. Z. Spalke,

W chwilach powstawania, organizacji i doskonalenia się rozmaitych warsztatów pracy naukowej w odbudowującej się Polsce, kiedy nierzadko z niczego, drogą żmudnych wysiłków i nakładem ogromnych kosztów powstają nowe zakłady i kliniki, oddział oto-laryngologiczny w Państwowym Szpitalu powszechnym we Lwowie, jedna z pierwszych placówek oto-laryngologji, dochodzi do wysokiego stanu rozwoju dzięki wytrwałej pracy i energji kierownika i założyciela oddziału, mimo bardzo ciężkich warunków, z powodu braku kredytów i pierwotnie nędznego pomieszczenia.

Kiedy w roku 1893 ówczesny Prymarjusz oddziału chirurgicznego Szpitala powszechnego, Prof. Dr. G. Ziembicki, stwierdził brak należycie zorganizowanego specjalnego leczenia chorób uszu, nosa i gardła w tymże szpitalu, zwrócił się do pracującego w tym czasie na oddziale chirurgicznym Dr. Z. Spalkego z propozycją wyjazdu na studja zagranicę, przyrzekając mu stworzenie, po powrocie ambulatorjum oto-laryngologicznego. Dzięki poparciu tej sprawy przez ówczesnego dyrektora szpitala Dr. Głowackiego, Dr. Spalke uzyskał 3-letni urlop dla celów naukowych i wyjechał do Wiednia gdzie pracował, jako asystent, Prof. Dr. Grubera i Prof. Dr. Stoerka. Po jego powrocie w roku 1897 zostaje przy oddziale chirurgicznym otworzone ambulatorjum oto-laryngologiczne, a kierownictwo zostaje powierzone Dr. Spalkemu. O łóżkach dla chorych stałych wtedy nawet jeszcze nie było można myśleć, dzięki jednak głębokiemu zrozumieniu i gorącej opiece, jaką Prof. Dr. Ziembicki otaczał zawsze tę nową placówkę pracy, ciężko chorych potrzebujących większych zabiegów operacyjnych można było umieszczać na łóżkach oddziału chirurgicznego.



Ryc. 1. Korytarz.

Że przewidywania Prof. Dr. G. Ziembickiego słuszne były, że brak było we Lwowie oddziału oto-laryngologicznego, dowodzą tego liczby ruchu chorych. Już w pierwszym roku było 527 chorych leczonych ambulatoryjnie i 114 stałych. A liczby te ciągle wzrastały. Przytem należy pamiętać, że były to czasy, kiedy we Lwowie ta gałąź wiedzy była w ogromnem zaniedbaniu, a tak chorzy, jak i lekarze praktycy musieli dopiero przyzwyczajać się do korzystania z porady specjalisty.

Kiedy w roku 1901, ilość chorych za ubiegłe cztery lata, wynosiła 2885 ambulantów i 475 chorych stałych, przyczem wykonano cały szereg większych zabiegów operacyjnych, mianuje ówczesny Wydział Krajowy Dr. Z. Spalkego kierownikiem i ordynarjuszem ambulatorjum dla chorób uszu, nosa i gardła przy Oddziale chirurgicznym Szpitala powszechnego we Lwowie. Z tym dniem byt ambulatorjum był już zapewniony i równocześnie położone zostały podwaliny pod przyszły oddział oto-laryngologiczny.

W roku 1919 ilość chorych wynosiła już 2226 ambulantów — przyczem liczba ta odnosi się do tych ambulantów, którzy się po raz pierwszy zgłosili, następnych wizyt nie notowano — i 1444 chorych stałych. Na Oddziale wykonano szereg zabiegów operacyjnych, a szereg lekarzy korzysta z praktyki w ambulatorjum w celach dokształcających.

W roku 1915, dzięki ciągłym staraniom kierownika ambulatorjum, udało się uzyskać 12 stałych łóżek wydzielonych administracyjnie z oddziału chirurgicznego.



Ryc. 2. Poczekalnia.

W roku 1918 otrzymuje kierownik ambulatorjum tytuł Prymarjusza Szpitala powszechnego. Wszelkie jednak starania o odpowiedniejsze pomieszczenie i o pewne dotacje na narzędzia, pozostają bez skutku. Ciągły brak funduszów nie pozwala na żadne reorganizacje w szpitalu. Dopiero w maju 1924 roku, za dyrekcji Dr. Krzyżanowskiego, udało się — dzięki propozycjom i zabiegom Prymarjusza oddziału wewnętrznego II. Dr. W. Ziembickiego, bratanka zmarłego już w międzyczasie chirurga Prof. Dr. G. Ziembickiego — uzyskać dla Oddziału skromne narazie pomieszczenie w jednem ze skrzydeł szpitala. Oddział rozporządzał początkowo 16-ma łóżkami dla chorych stałych, osobną salą operacyjną i ambulatoryjną. Odpowiedniejsze pomieszczenie i uposażenie oddziału pozwalało teraz na intenzywniejszą pracę co się też zaraz zaznaczyło w olbrzymim wzroście liczby chorych tak stałych, jak ambulatoryjnych. Dzięki zrozumieniu, jakie następnie okazały czynniki rządzące i dzięki ulepszeniom, jakie na Oddziale przeprowadzono za zgodą Tymczasowego Wydziału Samorządowego, którego Refe ent Szpitalnictwa, Dr. Lipski, natychmiast uznawał i zatwierdzał wszystkie zapotrzebowania Oddziału, można było Oddział postawić na wysokim poziomie, tak pod względem prac naukowych, jak pod względem leczniczym, przyczem równocześnie znaczna ilość lekarzy mogła korzystać z Oddziału.

Obecnie Odział rozporządza 25 łóżkami dla chorych stałych, umieszczonych na trzech salach, salą operacyjną, ambulatoryjną i poczekalnią. Posiada zupełne instrumentarjum, pozwalające na wykonywanie wszelkiego rodzaju operacyj, w zakres oto-laryngologji wchodzących. Pozatem dla celów djagnostyczno-terapeutycznych znajdują się na Oddziale: pantostat, aparat parrus, lampa Solux, wziernik oskrzelowy Brüningsa, automatyczne krzesło obro-

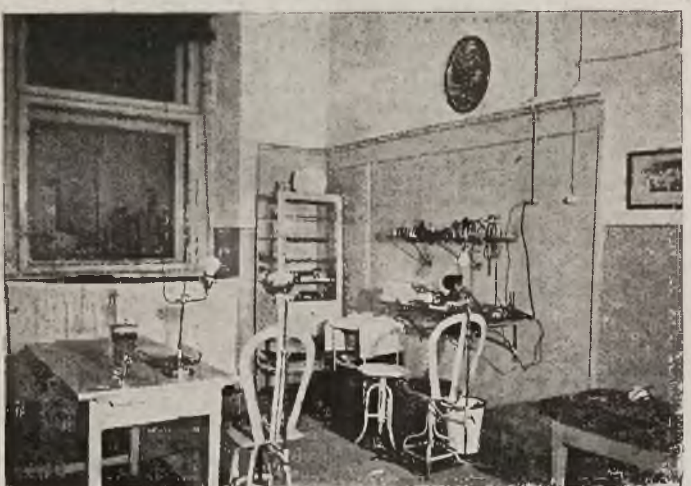
towe z urządzeniem do badania błędnika. Oddział korzysta z pracowni bakterjologicznej, wspólnej dla całego szpitala.

Kierunek prac oddziałowych nadany jest przez ogólny charakter prac szpitalnych, który jest placówką, poświęconą *par exellence* medycynie praktycznej. W tym też kierunku rozwija się praca na Oddziale oto - laryngologicznym, przy ścisłem jednak przestrzeganiu klinicznych metod pracy. Największy nacisk skierowywano na schorzenia uszu, które w największej ilości były przyj-



Ryc. 3. Sala operacyjna.

mowane na Oddział, a, w miarę miejsca, przyjmowano także przypadki rino - laryngologiczne. Przyczem charakter oddziału wymagał przyjmowania przedewszystkiem przypadków ciężkich, a tylko w miarę wolnych miejsc, przypadków dla celów doświadczalno - naukowych. Leczenie zachowawcze przeprowadzano zasadniczo tylko ambulatoryjnie.



Ryc. 4. Ambulatorjum.

Rozwój Oddziału w ostatniem 5-leciu, objaśnia najlepiej zestawienie przypadków, w czasie tym na Oddziale leczonych.

Statystyczny podział, według poszczególnych chorób górnych dróg oddechowych i uszu, za czas 1924 — 1928 przedstawia się następująco. Statystyka ta dotyczy tylko chorych stałych, przyjętych na Oddział.

	1924	1925	1926	1927	1928
Otitis med. pur. acuta	54	67	66	62	68
Otitis med. pur. chron.	91	116	118	131	127
Otitis externa	9	7	3	10	4
Tonsilitis chron.	1	7	11	80	77
Tonsilitis acuta	6	5	11	—	7
Angina agranulocytotica	—	—	—	—	1
Abscessus peritons.	17	22	16	15	20
Angina Plaut - Vincenti	1	3	—	4	—
Abscessus ad rad. linguae	9	6	10	12	22
Angina Ludovici	—	2	3	6	10
Ranula	—	1	—	1	—
Phlegmona colli prof.	—	—	—	5	2
Sinuitis ethmoidalis, polypi nar.	14	18	20	15	18
Sinuitis maxill.	5	4	3	8	8
Sinuitis frontalis	3	5	10	—	8
Rhinitis hypertrophica	13	13	3	—	5
Deviatio septi	3	5	14	18	9
Fibroma baseos cranii	1	1	2	1	4
Atresia ossea choan.	—	2	—	—	1
Fractura nasi. Epistaxis	4	2	3	11	6
Perichondritis septi nar.	4	6	2	—	2
Neoplasma nas.	6	3	—	5	4
Tbc. nasi et laryng.	17	10	10	7	14
Lues nasi et laryng.	4	3	3	5	3
Scleroma	14	17	14	24	19
Polyp. laryngis	—	3	4	4	3
Neoplasma laryngis	5	2	5	8	2
Fractura laryngis	—	—	—	2	—
Oedema laryngis	9	12	4	—	2
Corp. alien eosophag. et trach	1	2	4	7	10
Aphonia hysterica	1	—	2	4	3
Razem leczonych	**292**	**344**	**341**	**445**	**459**

Jak z zestawienia tego wynika, ilość chorych, leczonych na Oddziale stale wzrasta. Leczone były prawie wszystkie schorzenia w zakres oto - laryngologji wchodzące. Najwięcej było przypadków usznych, tak ostrych, jak przewlekłych. Z innych przypadków przyjmowano sprawy ostre, wymagające natychmiastowego zabiegu.

W miarę wolnych miejsc, przyjmowano przypadki przewlekłe do leczenia zachowawczego. Wszystkie inne zgłaszające się przypadki załatwiano ambulatoryjnie.

Przyjmowani byli na odział tak chorzy miejscowi, jak zamiejscowi, w stosunku następującym:

	1924	1925	1926	1927	1928
Miejscowi	78	89	81	184	174
Zamiejscowi	214	255	260	297	285
	292	344	341	445	459



Ryc. 5. Sala chorych.

Chorzy zamiejscowi zgłaszali się nie tylko z okolic Lwowa, ale także z odległych okolic województwa tarnopolskiego, stanisławowskiego, wołyńskiego i lubelskiego.

Łóżka oddziałowe rozmieszczone były na 3 salach, z których jedna przeznaczona była dla mężczyzn a jedna dla kobiet, trzecia zaś, zależnie od potrzeby, zajmowana była raz przez mężczyzn, a raz przez kobiety, przyczem stale umieszczane były na tej sali dzieci do lat 12-tu.

Ilość mężczyzn i kobiet leczonych na Oddziale przedstawia się następująco:

	1924	1925	1926	1927	1928
Mężczyzn	172	189	196	253	238
Kobiet	120	155	145	192	221
Razem	292	344	341	445	459

Najliczniejsza grupa schorzeń leczonych na Oddziale, schorzenia uszu, przedstawiają się w szczególności następująco:

	1924	1925	1926	1927	1928
Otitis med. sinistra	17	30	24	31	27
purulenta dextra	21	30	31	25	33
acuta ambilateralis	16	7	11	6	8
Otitis med. sinistra	38	37	63	59	63
purulenta dextra	36	57	38	56	47
chronica ambilateralis	17	22	17	16	17
Razem przypadków uszu	145	183	184	193	195

Przyjmowano więc przypadki tak ostre, jak przewlekłe, przeważnie jednak takie, które nadawały się do zabiegu operacyjnego. Kierowano się następującemi wskazaniami do operacji:

a) przy sprawach ostrych: wysoka, utrzymująca się ciepłota, bolesność lub obrzęk na wyrostku sutkowym, obfity cuchnący wyciek, wskazujący na zniszczenie kości, obniżenie górnej ściany przewodu, objawy posocznicze lub mózgowe; b) przy sprawach przewlekłych: objawy oponowe lub mózgowe, objawy błędnikowe, perlak, cuchnąca wydzielina, uporczywe jednostronne bóle głowy, zaostrzenie procesu.

W sprawach ostrych przeprowadzano operacje tak wczesne, jak i późne, zależnie od objawów. Przeważnie operowano z końcem 3-go tygodnia, przy gwałtownych jednak objawach niekiedy w 5 i 8 dniu choroby, niekiedy jeszcze wcześniej.

Powikłań ze strony mózgu, opon, zatoki esowatej było stosunkowo niewiele. Przypadki te zestawione sa poniżej liczbowo.

	1924	1925	1926	1927	1928
Thrombosis sin. sigmoidei	3	2	3	9	5
Leptomeningitis purulenta	4	6	9	12	6
Abscessus cerebri	2	4	2	2	5
Razem	9	12	14	23	16

Odsetek śmiertelności przy tych powikłaniach usznych był dość znaczny, z pośród jednak tych przypadków, które wyleczone opuściły szpital — a które ogłoszone zostaną w osobnej pracy — przytacza się poniżej w skrótach kilka ciekawych historyj chorób:

Przypadek I.

15. IX. 25 przyjęto mężczyznę F. M. l. 50. Anamneza: W dzieciństwie płonica, od tego czasu wyciek z ucha prawego. Od czasu do czasu poprawy i nawroty. Od 2 tyg. bóle głowy, gorączka, dreszcze, lewostronny niedowład, afazja. Stan obecny: Ucho prawe: w przewodzie ropa i granulacje, bolesność na kości skroniowej. Kernig +, sztywność, sensoryczna niemota, lewostronny niedowład. Zapalenie nerwu ocznego. Rozp.: *Otitis med. supp. chron. dextr. Abscessus cerebri lobi temp.*

16. IX. doszczętna operacja u. p. odsłonięto opony od strony Tegmen. Nakłucie wykazało w płacie skroniowym ropę. Nacięcie opon i tkanki mózgowej. Seton do jamy ropnia. Po operacji stan się poprawiał, objawy mózgowe ustępowały. 20. XI. opuścił zupełnie wyleczony szpital.

Przypadek II.

24. XI. 25. przyjęto mężczyzne l. 20, G. W. Wywiady: Od dzieciństwa wyciek z obu uszu po płonicy. Głuchota. W roku 1916, doszczetna operacja ucha lewego. Od dwóch tygodni bóle ucha prawego, wymioty, połowicze bóle głowy. Stan obecny: ucho prawe: obrzęk na *planum mastoideum* i bolesność, ropna wydzielina z ucha, granulacje. Ucho lewe: w przewodzie sucho, blizny i granulacje w głębi przewodu. Poza uchem blizna pooperacyjna.

26. XI. doszczętna operacja ucha prawego. Po operacji bóle głowy, sztywność, Kernig +. Ciepłota 39°. Nakłucie lędźwiowe: płyn mętny, wysokie ciśnienie, Pandy ++, Nonne Apelt +, Białko 0.02%. Rozp.: *Otitis med. chron. ambil. Mastoiditis dextr. Leptomeningitis pur.*

30. XI. Badanie neurologiczne: wybitna sztywność, odruchy okostnowe kończyn dolnych i gornych obniżone, Kernig wybitny. Ogólna przeczulica.

Wobec tego postanowiono drugą operację t. j. odsłonięcie i szerokie nacięcie opony twardej. Po operacji stan chorego się poprawiał. Objawy mózgowe ustępowały. Dnia 16. II. 1926 r. chory opuścił szpital jako wyleczony.

Przyp. III.

25. II. 1928, przyjęto mężczyznę l. 15, B. L. Od dzieciństwa wyciek z ucha. Od tygodnia bóle głowy, wymioty, gorączka. Stan obecny: Ucho lewe: wyrostek sutkowy na ucisk bolesny. W przewodzie ropa, zupełne zniszczenie błony bębenkowej, granulacje. Ucho prawe zdrowe. Sztywność, Kernig wybitny. Nakłucie lędźwiowe: płyn wybitnie mętny, wysokie ciśnienie, Pandy +++, w polu widzenia liczne leukocyty. Rozp.: *Otitis med. supp. chron. sin. Leptomeningitis purulenta.*

26. II. operacja doszczętna lewego ucha. Szerokie odsłonięcie i nacięcie opony twardej. Po operacji stan chorego stale się poprawiał. 26. IV. chory opuszcza szpital, jako wyleczony.

Przyp. IV.

3. I. 26 przyjęto kobietę l. 20, W. J. Od kilku miesięcy bóle ucha prawego, gorączka, wyciek, od 2 tygodni dreszcze. Stan obecny: Ucho lewe zdrowe. Ucho prawe: w przewodzie ropa, wielka perforacja centralna. Wyrostek sutkowy na ucisk bolesny. Wzdłuż mięśnia mostkowo-sutko-obojczykowego bolesność na ucisk. Gorączka septyczna. Rozpoznanie: *Otitis m. supp. chron. dextr. Thrombosis sinus sigm.*

4. I. Operacja doszczętna. Odsłonięto zatokę esowatą, ropień dookołazatokowy. Ścianę zatoki nacięto szeroko, zakrzep wyłyżeczkowano w obu kierunkach. Założono setony do zatoki. *Vena jugularis,* stosownie z doświadczeniem na Oddziale, nie podwiązywano. Po operacji chora jeszcze przez jakiś czas gorączkowała. Co drugi dzień 5 ccm trypaflawiny dożylnie. 27. II. opuszcza wyleczona szpital.

Przyp. V.

11. IV. 28. przyjęto na Oddział mężczyznę l. 23, J. M. Wywiady: Od 10-ciu lat wyciek z ucha lewego. Od trzech tygodni bóle w okolicy ucha lewego. Silny wyciek, obrzęk poza uchem, wymioty, gorączka, dreszcze. Stan obecny: Ucho prawe zdrowe. Ucho lewe: W przewodzie silne zwężenie, błony nie widać. Gorączka septyczna. Wymioty.

12. IV. 26 doszczętna operacja ucha lewego. Odsłonięto szeroko zatokę. Ściana zatoki pokryta granulacjami. Przy punkcji nie wydobyto krwi. Wobec tego szeroko nacięto. Zakrzep wyłyżeczkowano i założono setony. Rozpoznanie: *Otitis med. supp. chron. sin. Thrombosis sin. sigm.* Po operacji chora gorączkuje, dostaje co drugi dzień 5 ccm trypaflawiny dożylnie. 26. V. opuszcza wyleczona szpital.

W latach 1924/28 wykonano na Oddziale następującą ilość operacyj:

	1924	1925	1926	1927	1928
Trepanacji wyrostka sutkowego	30	48	39	59	60
Doszczętnej operacji ucha środk.	55	69	74	78	82
Retrepanacji	—	7	3	7	3
Wyłuszczenia żabki (ranula)	—	1	—	1	—
Rozcięcia tchawicy	6	3	—	6	10
Nacięcia ang. Ludovici	2	2	3	4	10
Nacięcia głębok. flegm. szyjn.	—	—	—	1	2
Operacji Coldwell Luca	1	2	2	4	5
Operacji Killian na zat. czoł.	—	1	2	—	4
Tonsilectomij	—	—	9	80	77
razem	94	133	132	241	253



Ryc. 6. Sala operacyjna.

Operacje uszne wykonywano stale w uśpieniu ogólnem eterowem. Czas leczenia po trepanacjach wyrostka sutkowego trwał przecietnie 2—3 tygodni, po operacjach doszczętnych 6—8 tygodni. Chorzy pozamiejscowi pozostawali przez cały czas leczenia na od-

dziale, podczas gdy miejscowi, po powierzchownem wygojeniu się rany opuszczali szpital i zgłaszali się do leczenia ambulatoryjnego.

W ostatnich latach wykonywano na Oddziale bardzo często wyłuszczenia migdałków, tak u chorych leżących na Oddziale otolaryngologicznym, jak też i u przysyłanych z innych oddziałów szpitala. Zabiegi te wykonywano w znieczuleniu miejscowem, oddzielając migdałki na tępo i, przecinając je następnie pętlą. Większych krwawień po tych zabiegach nigdy nie zauważono. Nie było wypadku skrwawienia.

Pozatem wykonano szereg innych operacyj ściśle według zasad chirurgji.

W powyższem zestawieniu nie wyliczono szeregu mniejszych zabiegów, jak usunięcia ciał obcych z przełyku, z jamy nosowej i w. i., które przeważnie wykonywano ambulatoryjnie.

Często skierowywano chorych na Oddział chirurgiczny z powodu braku miejsca.

Śmiertelnie przebiegających przypadków było w tym czasie:

1924	1925	1926	1927	1928
12	10	14	13	12

Na osobną wzmiankę zasługują przypadki twardzieli, leczone w tym czasie na Oddziale. Ilość tych przypadków przedstawia się następująco:

	1924	1925	1926	1927	1928
Mężczyzn	1	5	5	4	6
Kobiet	13	12	9	20	13
Razem	14	17	14	24	19

Jest to tylko znikoma część zgłaszających się chorych, których z powodu braku miejsca nie można było przyjąć. Przyjmowano przypadki duszące się, które wymagały natychmiastowego nacięcia tchawicy. Wyjątkowo tylko — w razie wolnych miejsc — przyjmowano chorych do leczenia zachowawczego. Co do leczenia, stosowano przeważnie naświetlania Rentgenem. Próbowano też innych środków, jednakowoż bez dobrych wyników. Po naświetlaniach mieliśmy wyniki dobre. Chorzy, którzy pilnie się do naświetlań zgłaszali, wykazywali poprawę. Równocześnie leczono tych chorych objawowo. Wyniki lecznicze osiągnięte na Oddziale w leczeniu twardzieli, jakoteż epidemjologja schorzenia, ogłoszone zostaną w osobnej pracy.

Załączona poniżej mapka objaśnia poniekąd rozprzestrzenienie twardzieli w tej części Polski, jednakowoż tylko w najogólniejszych zarysach, gdyż nie są tam uwzględnione te wszystkie przypadki, które na Oddział nie zostały przyjęte.



Ryc. 7. Geograficzne rozmieszczenie przypadków skleromatycznych leczonych na Oddziale w roku 1924 — 1928.

Już to skromne zestawienie wskazuje, że Polska jest jednym z tych nielicznych krajów, w których twardziel panuje endemicznie. Przy swoim typowo-przewlekłym, rodzinno-infekcyjnym charakterze, porywa to ciężkie schorzenie rok rocznie wiele przypadków, a, dotycząc przeważnie ludzi młodych i zresztą zdrowych, czyni z nich w krótkim czasie kaleki, włóczące się po wsiach i nie tylko jako ciężar, ale także jako niebezpieczeństwo dla społeczeństwa. Jako jednym z pierwszych warunków walki z twardzielą, byłoby stworzenie Scleromatorjum, gdzieby chorych odosobniono, leczono i przeprowadzano badania nad twardzielą i skądby wysyłano odpowiednio wyszkolonych lekarzy w okolice zagrożone tem ciężkiem schorzeniem, celem wyszukiwania i odosabniania tych chorych.



Ryc. 8. Sala ambulatoryjna.

Olbrzymia ilość chorych jest codziennie badana i leczona w ambulatorjum, prowadzonem przy Oddziale. W przechodni tej pracuje się stale przy czterech stołach równocześnie pod osobistem kierownictwem prymarjusza oddziału. Materjał chorych pochodzi tak ze Lwowa i okolicy, jak też i z województw okolicznych, skąd się chorzy po poradę zjeżdżają do Lwowa. Ambulatoryjnie wykonuje się też szereg zabiegów. Poniżej przedstawione są w najogólniejszych zarysach liczby z ruchu chorych w przychodni za czas 1924/28.

	1924	1925	1926	1927	1928
Liczba chorych ambulatoryjnych	4027	5721	6231	4843	5822

Podkreślić należy, że liczby powyższe odnoszą się tylko do tych chorych, którzy po raz pierwszy zgłosili się w przychodni, wszystkie następne wizyty nie były już notowane. Mała ilość wyszkolonych w oto-laryngologji sił fachowych, a zwłaszcza brak stałych lekarzy, na dłuższy okres czasu przydzielanych na Oddział, nie pozwala na odpowiednie wykorzystanie materjału. Mimo to wykonano w tym czasie ambulatoryjnie bardzo znaczną liczbę zabiegów.

	1924	1925	1926	1927	1928
Zabiegi, wykonane w znieczuleniu miejscowem	1787	1013	2179	1518	1395
Zabiegi, wykonane bez znieczulenia	916	2067	1897	1632	2252
Razem	2703	3080	4076	3150	3647

Powyżej wyliczone są wszystkie zabiegi wykonane, tak większe, jak i mniejsze.

Oddział znajduje się obecnie w okresie stałego rozwoju, dzięki ciągłym ulepszeniom przy sprężystem i energicznem kierownictwie, jakoteż przy zrozumieniu jakie dla potrzeb Oddziału okazuje obecny dyrektor szpitala Dr. Pohorecki. Jest więc nadzieja że obecne braki, a przedewszystkiem nieodpowiednie i bardzo szczupłe pomieszczenie Oddziału, w niedalekiej przyszłości będą usunięte, co przyniesie korzyść chorym, nie znajdującym pomieszczenia dotychczas, i rozszerzy zakres prac na Oddziale, zwłaszcza pod względem operacyjnym.

OCENY.

Z powodu oceny „Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskieko Polskiego" za lata: 1917 do 1921 napisanej przez p. Wł. Szumowskiego w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" Nr. 10. 1929.

Profesor Szumowski w obszernej swej ocenie stawia redakcji „Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego" zarzuty natury ogólnej i szczegółowej. Te ostatnie można ująć w trzy punkty:

1) zarzut braków, wyrażających się nieuwzględnieniem całego szeregu prac, ogłoszonych drukiem w danym okresie czasu, 2) braki w skorowidzu, w których niema tytułów streszczeń, uwzględnionych w tomie, 3) błędy w wydrukowaniu nazwisk autorów. Zarzuty te są poparte wykazem zauważonych braków.

Jako ostatni z trzech redaktorów P. P. L. P. którzy kolejno omawiany tom opracowywali, poczuwam się do obowiązku udzielenia odpowiedzi na powyższe zarzuty. Obowiązek ten ciąży na mnie zarówno względem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, które mi powierzyło redakcję Przeglądu i względem czytelników, którzy z Przeglądu pragną korzystać.

Profesor Szumowski zarzuca, „że bezplanowość i dorywczość w robocie była cechą i poprzednich roczników Przeglądu Piśmiennictwa, w ostatnim tomie tylko przeszła dopiero wszelkie oczekiwania" — „nie wiemy, czy redaktorowie mieli jaki plan... gdyż o żadnym planie wiadomości nie podają".

W odpowiedzi należy przedewszystkiem zaznaczyć, że zadanie wydania Przeglądu Piśmiennictwa, które Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wzięło dobrowolnie na siebie od lat kilkudziesięciu, jest zadaniem niezwykle ciężkiem. Nawet tak wysoko stojące w kulturze społeczeństwa, jak społeczeństwo francuskie, nie posiadają do dziś dnia przeglądu swego piśmiennictwa. Podobne wydawnictwa niemieckie opierają się na szerokich podstawach współpracy i znacznej pomocy finansowej, o której Towarzystwo Lekarskie Warszawskie nawet nie może marzyć. Ciężkie to zadanie Towarzystwo Lekarskie Warszawskie spełnia w całości od dziesiątków lat własnemi tylko siłami, pracą bezinteresowną swoich członków, gdyż dopiero na przyszłość praca sprawozdawców i redaktora będzie płatną i to w skromnych granicach. Omawiany tom Przeglądu był przygotowany pod k o l e j n ą redakcją trzech redaktorów przez szereg lat. Niżej podpisany nie uważał za stosowne zaopatrzenie ostatniego tomu we wstęp, wyjaśniający niezwykle ciężkie warunki, w jakich ta książka powstała, czyni to teraz zmuszony krytyką profesora Szumowskiego. Wojna i czasy powojenne, poświęcone organizowaniu nowych i reorganizowaniu dawnych placówek naukowych, pedagogicznych, społecznych i t. p., jakoteż przekształtowanie finansowe, nieodłączne od warunków ekonomicznych kraju, sprawiły, że ogół lekarzy a zatem i członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego był przeciążony wszelaką pracą. Wszystko to, jak i inne jeszcze czynniki, spowodowały, że praca nad ostatnim tomem Przeglądu trwała tak długo. Tymczasem znaczny zastęp pracujących na niwie naukowej i szybki rozwój piśmiennictwa lekarskiego ostatnich lat domagał się gwałtownie jak najrychlejszego wydania Przeglądu Piśmiennictwa za lata ubiegłe. Objąwszy w roku 1927-ym obowiązki redaktora, po gruntownej rozwadze, zdecydowałem się za zgodą Zarządu Tow. Lek. Warsz., na przystąpienie do druku z tym zamiarem, by jak najprędzej uporządkować i wydać posiadany materjał a ewentualne braki skontrolować, uzupełnić i niebawem w formie d o d a t k o w e g o z e s z y t u ogłosić. Oto jest zarazem geneza skromnej prośby, umieszczonej na początku Przeglądu, która nie uszła uwadze profesora Szumowskiego, prośby skierowanej do autorów prac niestreszczonych w niniejszym tomie a ogłoszonych drukiem w latach 1917 do 1921, o nadesłanie tytułów prac, ewentualnie odbitek. Prośba ta kończy się zapowiedzią, chyba dość wyraźną: „s t r e s z c z e n i a t y c h-ż e p r a c u k a ż ą s i ę d o d a t k o w o". Jasnem jest, że chodzi tu przedewszystkiem o książki i broszury, drukowane w różnych miejscowościach i przez wielu wydawców, których wykrycie jest nieraz bardzo trudne. Przeglądanie przez redakcję prac, ogłoszonych w czasopismach tego okresu, jest już na ukończeniu, nie mniej jednak przyjmuję z podziękowaniem wykaz braków, ogłoszony przez profesora Szumowskiego, choć wykaz ten jest mi już znany. Pod tym względem więc zarzut braków a także rada profesora Szumowskiego: „należy mojem zdaniem jak najrychlej wydać II tom za te same lata" jest co najmniej,,, zbyteczna, skoro redakcja u z u p e ł n i e n i e Przeglądu już zapowiedziała otwarcie i w sposób jasny.

Co się tyczy zarzutu bezplanowości, pozwolę sobie zwrócić uwagę, że w Przeglądzie znajduje się „s p i s r z e c z y w e d ł u g d z i a ł ó w", który pozwala czytelnikowi z łatwością odszukać prace, odnoszące się np. do chorób płuc, chirurgji jamy brzusznej, chorób oczu i t. p. Podobne plany są przyjęte we wszystkich przeglądach obcych i oddają dobre usługi. Na temat słuszności niektórych ugrupowań w działy można oczywiście dyskutować, wobec braku jednak jakichkolwiek konkretnych zarzutów zaznaczę jedynie, że, jak dotąd tak i nadal, w miarę rozwoju nauk lekarskich i nowych poglądów, ugrupowania poszczególnych działów i stworzenie nowych będzie uwzględniane (w omawianym tomie stworzono nowy dział medycyny wojskowej). W następnych tomach dotychczasowy plan ulegnie dalszym zmianom, przypuszczam, ku zadowoleniu czytelników.

Następny zarzut brzmi: „ze spisu rzeczy wzięto na chybił trafił wyraz gruźlica i sprawdzono że 31 prac o gruźlicy, zamieszczonych w Przeglądzie nie dostało się do Skorowidza", poczem autor wylicza poszczególne pozycje. Sprawdziłem je wszystkie (nr. 109 mylnie wydrukowany, gdyż powinno być, zdaje się, 119). Wszystkie te pozycje z n a j d u j ą się w „alfabetycznym spisie rzeczy". Z tych pozycja 1462 („Jak wyzyskać do walki z gruźlicą szpitale polowe, przeznaczone dla piersiowo chorych") znajduje się wyraz „gruźlica"; poz. 1450 („Zwrot w zapatrywaniach na metodę sanatoryjną w walce z suchotami, jako klęska społeczna") znajduje się pod „suchotami"; poz. 211 („Zakażenie obiegu krwi przez prątki Kocha w gruźlicy doświadczalnej") znajduje się pod „Kocha". Inne pozycje, jak np. 818 („Operacja Albeego w przypadkach gruźlicy kręgów") znajduje się pod „Albeego" (chodzi o technikę operacyjną); poz. 1026, 1032, 1039 („Przyp. gruźlicy nerek") znajdują się pod „nerek" (według schorzałych narządów, gdyż gruźlicą mogą być dotknięte wszystkie narządy. Podobna rzecz ma się z pozostałemi pozycjami. — Zdaje mi się przeto, że profesor Szumowski pragnie pod formą co najmniej ostrej krytyki (31 prac o gruźlicy.. n i e d o s t a ł o s i ę do skorowidza) zaproponować tylko rozszerzenie skorowidza w tym kierunku, by wszystkie cierpienia natury gruźliczej, w całości znalazły się pod wyrazem „gruźlica" a nie pod nazwą narządu, dotkniętego cierpieniem, jak to zresztą uczyniono w stosunku np. do duru, czerwonki i t. d. — Życzeniu profesora Szumowskiego stanie się zadość.

Wreszcie sprawa błędnego wydrukowania kilku nazwisk. Pod tym względem przyznaję całkowitą słuszność profesorowi Szumowskiemu. Niestety pośpiech w przeprowadzaniu korekty pozwolił mi na poprawienie tylko kilku błędów (patrz: Ważniejsze błędy) a i techniczne trudności drukarskie (brak ilości czcionek do tłustego druku) przy szybkiem tempie drukowania przyczyniły się też poniekąd do tych usterek. Nad pozostałemi błędami sam głębowo boleję, gdyż uważam je za mimowolną krzywdę dla autorów, którą postaram się choć w części naprawić sprostowaniem w „Uzupełnieniu".

Sądzę, że powyższa odpowiedź, która jest w znacznej mierze tylko wyjaśnieniem, przyczyni się do usunięcia nieporozumień, wywołanych ostremi a częścią niezasłużonemi zarzutami profesora Szumowskiego. Pragnę przytem podkreślić z całym naciskiem, że życzliwe uwagi i projekty, będą w pełni uwzględnione, w myśl tradycyjnych intencyj Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, by Przegląd Piśmiennictwa spełnił swój cel zasadniczy t. j. był pomocą w rodzimej pracy naukowej, iżby nie zanikły wyniki żmudnych wysiłków i dorobek naukowy przeszłych i obecnych pokoleń.

Zdzisław Gorecki.

* * *

O d p o w i e d ź k o l. G o r e c k i e g o uważam za pocieszającą, ponieważ jeszcze raz zapowiada wydanie II tomu „Przeglądu Piśmiennictwa" za te same lata. Przyznaję się, że wobec trudności wydawniczych, w jakich się znajdujemy, żywiłem poważne obawy, czy na spełnienie tej zapowiedzi, zamieszczonej już w I tomie, nie wypadnie czekać długie lata tak, jakeśmy długo czekali na I tom.

Należy się niewątpliwie najwyższe uznanie dla inicjatywy i ofiarności Tow. Lekarskiego Warszawskiego, jak też i jego współpracowników, dających swą pracę bezinteresownie. Ale to nie zmienia postaci rzeczy, że każda praca drukowana wymaga oceny, wzgl. krytyki. Niema nauki bez krytyki i niema postępu bez krytyki. A mam uzasadnione wrażenie, że kolejne tomy „Przeglądu Piśmiennictwa" nie były... coraz lepsze. W mojej krytyce z pewnością szeregi wykazanych luk wyglądały „ostro". Na swoje usprawiedliwienie muszę powiedzieć, że te szeregi znacznie poobcinałem w rękopisie, nie chcąc zajmować za dużo miejsca w druku. Wyglądałyby jeszcze „ostrzej". Podkreślam też, że kontrola nie była robiona systematycznie, lecz na chybił — trafił.

Oczywiście, praca p. t. „Operacja Albeego w przypadkach gruźlicy kręgów" powinna się znaleść w skorowidzu koniecznie także pod „gruźlica", nietylko pod „Albeego" i t. d.

Redagowanie i wydawanie takiej rzeczy, jak „Przegląd piśm. lek. pol." z pewnością mógłby ułatwić jakiś np. Związek polskich towarzystw lekarskich. Mógłby on i wiele innych pożytecznych rzeczy zrobić, że zwrócę jeszcze uwagę np. na stałą prawie nieobecność Polski w rubryce „La Médecine à travers le Monde" w Presse Médicale, którą w przeciwieństwie do nas w ostatnich czasach zasypują informacjami nasi sąsiedzi ze wschodu.

Wł. Szumowski.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie.

Polski Przegląd Chirurgiczny, tom VIII, zeszyt I, z r. 1929: A. Rudzki: O tak zwanym sutku krwawiącym. — L. Dengel: Internista a chirurg w sprawie leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy. — K. Czyżewski: Postępowanie w ostrem przebiciu żołądka. — E. Traczuk: Rozejście się rany brzusznej po operacjach na podstawie kliniki chirurgicznej II U. W. (1919—1928 r. L. Dengel: Przyczynek do plastyki warg. — W. Dobrzaniecki: Nowy sposób zakładania szwu śródskórnego. — W. Ostrowski: Współczesne sposoby leczenia oparzeń i odmrożeń.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, rok IV, zeszyt 3, z 1 marca 1929: Jr.: Stan bezkontraktowy w Kasach chorych Woj. Poznańskiego i Pomorskiego. — L. Winter: Nowelizacja ustawy Czechosłowackiej o ubezpieczeniu społecznem. — M. Zając: Współdziałanie Kas chorych z Zakładami ubezpieczeń pracowników umysłowych w zakresie wykonania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 24. XI. 1927 o ubezpieczeniu pracowników umysłowych — E. Wais: O konieczności zorganizowania dodatkowych pracowni chemiczno-bakterjologicznych przy dzielnicowych ambulatorjach Kasy chorych m. st. Warszawy. — St. Wilczyński: Współudział Kas chorych Województw Poznańskiego i Pomorskiego w opiece społecznej nad matką i dzieckiem.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok XI, nr. 13, z 28. III. 1929: Wł. Sterling: Zespół kurczowo-torsyjny w wieku starczym (c. d.). — A. Siedlecka: O szybkiej metodzie badania histologicznego (metoda Terryego). — A. Landau, J. Glass i St. Kaminer: Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej (c. d.). — N. Pryłucki: Antivirus Besredki, jako nowa metoda zwalczania chorób spowodowanych przez zakażenie gronkowcami i paciorkowcami (streszcz. zbior.). — J. Koniecpolski: Kilka uwag w sprawie chorób zakaźnych żydów i chrześcijan.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 7, z 1 kwietnia 1929: M. Prochorow: O bolesnem miesiączkowaniu. — Z. Uchocka: Współczesne poglądy na niedokrwistość wieku dziecięcego.

Wychowanie fizyczne, rok X, zeszyt 4, z r. 1929: F. Fidziński: Rej o wychowaniu fizycznem w Polsce XVI w. — W. Prażmowska: Wychowawcy fizyczni w Stanach Zjednoczonych. — W. Sikorski: Dobór ćwiczeń ze stanowiska różnic rozwojowych. J. Baran: Plamy i skazy na tarczy Igrzysk Olimpijskich.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 13, z 31 marca 1929: M. Chorzelska: Metody kolorymetryczne oznaczania fosforu we krwi i preparatach farmaceutycznych. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Higjena życia codziennego, rok IV, nr. 3, z marca 1929: Rozmaite popularne artykuły z dziedziny życia codziennego.

Gruźlica, rok IV, nr. 1, za styczeń i luty 1929: K. Dąbrowski i W. Sobocińska: O zwapnieniach w gruźlicy płuc. — L. Regmunt-Sobieszczański: Dwa przypadki znieruchomienia kręgosłupa na tle gruźliczem. — St. Wąsowicz: Spostrzeżenia kliniczne u chorych nieprątkujących. — L. Lejzerowicz: Gruźlica u żydów w Warszawie.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok III, nr. 7 z 1 kwietnia 1929: W. Jeżewski: Projekt zmian w ustawodawstwie ubezpieczeniowem. — Z. Rudolf: O usuwaniu śmieci i nieczystości z miast (c. d.). — A. Szokalski: Na marginesie „wykazu chorób zawodowych". — Medycyna społeczna zagranicą.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Gruźlica.

Beiträge zur Klinik der Tuberculose.

Tom 90.

Ze zjazdu towarzystwa lekarzy poradni gruźliczych w Wilbadzie dnia 5. IX. 1928 roku.

Kayser—Petersen: *Rola gruźlicy szczytów w powstawaniu suchot płucnych ludzi dorosłych.* Coraz częściej słyszy się głosy klinicystów, roentgenologów, a głównie lekarzy poradni przeciwgruźliczych, że punktem wyjścia suchot płucnych nie są zmiany swoiste w szczytach.

Gruźlica szczytów jest tylko jednym z okresów rozwoju suchot. Odpowiadając na pytanie, jak często z gruźlicy szczytów rozwijają się suchoty i czy w historji chorych na suchoty często można stwierdzić schorzenia szczytów płucnych, autor stara się rozwiązać zagadnienia ftizjogenezy.

Za pewnie pochodzące ze szczytów uważa autor wszystkie te przypadki zmian szczytów, w których obok zmian opukowych, mamy trzeszczenia, chrzęsty i zmiany roentgenologiczne. Stwierdzenia zmian szczytowych w Roentgenie nie żąda autor od chorych prątkujących, wśród których zresztą sprawy wyłącznie szczytowe są niezmiernie rzadkie (od 2—5%).

Na zmiany kataralne przy ujemnym wyniku badania Roentgenologicznego patrzy autor sceptycznie, jakkolwiek zaznacza, że nacieczenia swoiste, a nawet jamy mogą zniknąć bez śladu, a brak zmian roentgenowskich przy badaniu powtórnem nie wyklucza przebytej już gruźlicy.

Autor przytacza statystykę chorych, u których w r. 1923 w zakładzie ubezpieczeń w Turyngji rozpoznano gruźlicę szczytów (Turban 1) i którzy zostali umieszczeni w sanatorjach. Po 13 latach z 420 przypadków zmarło lub zostało z powodu gruźlicy niezdolnych do pracy 33 t. j. 7,6%. Z tych chorych zbadano powtórnie 200 a postęp sprawy chorobowej stwierdzono w 14 przypadkach, co wynosi również 7%, podobne badania powtórne przeprowadzono w Jenie u chorych, którzy w latach 1910—1925 z powodu stwierdzenia u nich gruźlicy I okresu wysłani zostali do sanatorjów. Z tych 247 chorych spostrzeganych od 2—17 lat zmarło na gruźlicę 7, zapadło na suchoty płucne 10 t. j. postęp cierpienia stwierdzony był w 17 przypadkach, czyli w 6,9% przypadków.

Z liczb powyższych wynika, że odsetek suchot rozwijających się ze spraw szczytowych nie jest znaczny. Inni autorzy (Bräuning, Lydtin, Redeker) nie podają też wyższej odsetki.

Druga część pracy autora dotyczy chorych na suchoty płucne. Na 236 takich przypadków z wywiadów i kart sanatoryjnych zaledwie w 15 przypadkach mógł autor znaleść prawdopodobieństwo szerzenia się sprawy swoistej ze szczytów ku dołowi. Wobec braku w większości tych przypadków zdjęć serjowych — jako pewne uważa on tylko cztery. Liczba znikoma 4 na 236. A więc istniała najpewniej inna droga szerzenia się gruźlicy; nie zastanawia się nad nią autor, pozostawiając to następnym mówcom.

Jak łatwo rozpoznaje się gruźlicę szczytów, wymagającą leczenia sanatoryjnego, dowodzą liczby następujące: u 93 osób z rozpoznanemi zmianami klinicznemi (wszystkie z obecnością rzężeń ale bez potwierdzenia zmian roentgenologicznie), którzy jednak nie zostali po rozpoznaniu wysłani do Sanatorjum i pozostali pod obserwacją poradni w przeciągu 2-ch lat — w żadnym przypadku nie nastąpiło szerzenie się choroby w płucach.

Z liczby 80 chorych ze zmianami klinicznemi i roentgenologicznemi (w tem 3 przypadki prątkujące) również bez leczenia sanatoryjnego — nie stwierdzono w żadnym postępu sprawy płucnej.

Autor dalej podaje kilka przypadków gruźlicy szczytów powstałej jako przerzuty z nacieków podobojczykowych, w których objawy kliniczne były znikome, a rozpoznanie zostało postawione przy pomocy promieni Roentgena. Gdyby chorzy ci nie byli przypadkowo badani w okresie powstawania nacieków, mogliby uchodzić (po ustąpieniu nacieków podobojczykowych) za typowe przypadki gruźlicy pochodzącej ze szczytów.

Dowodem, że gruźlica szczytów bywa niejednokrotnie wyrazem gruźlicy krwiopochodnej są przypadki stwierdzone zmian szczytowych u dzieci rozpoznawane jako t. zw. przerzuty Simona.

Z tych rozważań wynika, że rozwój suchot płucnych ze spraw szczytowych przestaje być panującym dotąd pewnikiem; dlatego wskazania do leczenia gruźlicy szczytów w sanatorjach jako główny środek zapobiegania powstawania suchot — nie są słuszne.

Sprawy szczytowe nie są zwiastunem suchot; same one w historji swojej często mają nierozpoznane schorzenia płucne; gruźlica szczytów może być epilogiem, a nie prologiem istniejącej choroby płucnej, bo czemby się tłumaczyło, że u $^1/_4$ części chorych zgłaszających się do poradni jenajskiej znaleziono zakończone nieczynne sprawy w szczytach.

Ulrici H.: *Nacieczenia przedsuchotnicze i przebieg rozwoju gruźlicy płuc.* Nacieczenia wczesne znane są w literaturze rentgenologicznej oddawna. Opisywane były przez autorów francuskich, jeszcze przed spostrzeżeniami Assmana; nie miały jednak wartości klinicznej ponieważ nie zgłębiono jeszcze ich roli w przebiegu suchot płucnych.

Powstanie nacieczenia wczesnego dotąd wyjaśnione nie jest. Możliwości jego powstania są rozmaite: 1) z ognisk już istniejących w ustroju, a więc zaognienie tych samych ognisk lub powstanie przerzutowe ze starego odległego ogniska; za tem ostatniem

przemawia jednoczesne powstanie dwustronnych nacieków i 2) jako nowe zakażenie, wtórne, z zewnątrz — czyli jako reinfekcja.

Pierwsze spostrzeżenia Assmana dotyczyły ludzi młodych z otoczenia otwartej gruźlicy; w późniejszych spostrzeżeniach dużo było opisanych przypadków nacieków wczesnych, nie mających w otoczeniu swem chorych prątkujących.

O przyczynach powstania nacieków wczesnych mało można powiedzieć konkretnego, wymienić należy A. czynniki nieswoiste: 1) zachwianie równowagi ustroju w okresie dojrzewania płciowego, menstruacji, ciąży, połogu; 2) wpływów innych chorób zakaźnych: odra, krztusiec, grypa, przymiot; 3) zachwianie równowagi psychicznej: troski, nędza; 4) przepracowanie. B. Czynniki swoiste: zbyt gorliwie stosowane i nie zawsze wskazane: tuberkulina i światłolecznictwo.

Umiejscowione nacieki wczesne mogą być pod obojczykiem, w bocznej części klatki piersiowej, częściej po stronie prawej, ale i w płacie środkowym nie są nacieki wczesne rzadkością. W płatach dolnych dotąd były spostrzegane przypadki nieliczne.

Pierwotna nazwa nacieków Assmana jako nacieków podobojczykowych niema więc uzasadnienia. Proponowana przez Redekera nazwa „nacieczenie wczesne" nie jest też właściwa, gdyż możliwe jest jej pomieszanie z dawniej opisanemi nacieczeniami okołoogniskowemi I i II okresu. Nazwa „nacieku wczesnego okresu trzeciorzędowego" nie jest także odpowiednią, gdyż jakkolwiek nacieki te powstają na początku okresu trzeciego klasyfikacji Raubego a sprawa chorobowa szerzy się z nich drogą kanałową, zachowują jednak budowę postaciową i chwiejność kliniczną charakteryzujące okres allergji II. Wobec tego, że stoją one jakgdyby na pograniczu okresów II i III proponuje autor nazwać je naciekami przedsuchotniczymi (Praephtisisches Infiltrat).

Jako zapalenie okołoogniskowe mają te nacieczenia tendencję do szybkiego cofania się i dać mogą w zejściu: 1) stwardnienie i zwapnienie, co jednak rentgenologicznie i anatomicznie nie zostało jeszcze stwierdzone z powodu może zbyt malej ilości spostrzeżeń; 2) szybkie zserowacenie i wytworzenie wczesnej jamy (autor spostrzegał jamę powstałą po upływie pięciu tygodni od chwili wystąpienia nacieczenia); jamy te mają tendencję do samoistnego gojenia, zabliźniania się bez pozostawienia nawet śladu klinicznego i rentgenologicznego.

Cofnięcie się nacieku nie dowodzi zupełnego wygojenia ogniska, przeciwnie może raczej świadczyć o zmianie allergji i postępowaniu sprawy drogą kanalikową; autor nazywa to ucieczką do allergji III. Rozwój suchot z jamy wczesnej należy do przebiegu najczęściej obserwowanego przez autora. Tak powstające suchoty płuc przebiegają z objawami niedodmy i marskości w szczytach, szerzą się one z góry ku dołowi i nie różnią się w dalszym przebiegu od opisywanych dawniej przypadków.

„Gruźlica szczytów" nie jest zwalczana przez przedstawicieli nowej nauki, stwierdzanie jej oznacza późne a nie wczesne — jak sądzono dawniej — rozpoznanie.

Jeśli po wyżej opisanem nacieczeniu nie wytwarza się względna odporność ustroju, sprawa szerzy się przy objawach zapalnoallergicznych (II allergja) w postaci gruźlicy ostrej lub podostrej (phtisis exsudativa), rozsianej w obu płucach; przy tej postaci suchot następuje najczęściej zejście śmiertelne, ale może też wytworzyć się zarośnięcie ognisk gruźliczych tkanką włóknistą i doprowadzić do stwardnienia (phtisis cirrhotica): przy zupełnym upadku sił ustroju (okres IV, wyodrębniony przez Pagela i autora) postać włóknista może też dać zejście śmiertelne.

S. Gräff: *O początku suchot płucnych.* Przed czterema laty wypowiedział Bräuning zdanie, że gruźlica szczytów jest schorzeniem stosunkowo rzadkiem i, że z niej rozwijają się suchoty płucne, a one właśnie są przecież ośrodkiem zagadnienia gruźlicy. Assman i Redeker wskazali na nacieczenia zapalne, najczęściej umiejscowione pod obojczykiem, które zdaniem ich są wczesnym objawem suchot płucnych. Pośród zwolenników tych o powstawaniu suchot poglądów są tacy, którzy uważają, że wczesny naciek wyprzedza tylko sprawę w szczytach, nie zawsze dającą stwierdzić się klinicznie, lub rentgenologicznie, a która potem szerzy się od szczytów ku podstawie. Inni zaś są zdania, że suchoty mogą rozwijać się z nacieczenia wczesnego przy szczytach wolnych od gruźlicy. Nowa nauka musiałaby podważyć dotychczasowe dogmaty anatomo-patologów, którzy przez dziesiątki lat zgodnie z kliniką stwierdzali zmiany szczytowe w każdym przypadku suchot rozwiniętych i stwierdzali rozwój suchot postępujący od szczytów ku podstawie płuc.

Z całej jednak dotychczasowej literatury anatomo-patologicznej okazuje się, że nie można na zasadzie spostrzeżeń sekcyjnych wypowiedzieć się przeciwko powstawaniu pierwszych ognisk gruźliczych (wyłączając zespół pierwotny) w szczytach, t. j. ponad obojczykiem. Za tem przemawiają:

1) przypadki sekcyjne suchot rozwiniętych, które wykazują, że zmiany najtrwalsze i najstarsze znajdujemy w szczytach coraz świeższe w niższych odcinkach;

2) dane statystyczne wykazujące, że blizny w szczytach płuc są tak częste, iż ilość blizn pod obojczykiem nie odgrywa poważniejszej roli, mianowicie 96% i 3%.

Autor poddaje krytyce metody Roentgena, mówiąc, że na kliszy nie wszystko dojrzeć można i zapytuje, czy można mieć pewność na zasadzie obrazu Roentgena, że oprócz widocznego ogniska pod obojczykiem niema zmian w szczytach; odpowiedź wypada przecząco.

Autor porównywał klisze z preparatami anatomo-patologicznemi i stwierdzał, że wiele ognisk nie zostaje przez klisze wykrytych. Autor stoi niezbicie przy poglądzie, że blizna lub ognisko w szczycie, nieraz niedostrzegalne przy prześwietleniu lub na kliszy jest patogenetycznie w związku z rozwojem suchot.

Te grające rolę w patogenezie suchot ogniska lub blizny szczytowe mogą być tak drobne, że nastręczają trudności (przytacza przypadek Huebschmana) anatomo-patologowi w ich odnalezieniu; zrozumiałem jest, że istnienie takich ognisk nie może być stwierdzone przy pomocy przyrządu Roentgena. A więc ognisko w szczycie to podstawa rozwoju suchot. Skąd ono pochodzi i jak szerzy się dalej sprawa swoista?

Na podstawie obrazu histologicznego nie podobna stwierdzić, czy ognisko powstało drogą krwi czy oskrzeli; powstanie pierwszych zmian postaciowych w szczycie nie było dotąd przez żadnego anatomo-patologa bezpośrednio spostrzegane.

Wnioskując per analogiam do innych ognisk początkiem ma być wysięk zapalny wielojądrzasty, mający tendencję do organizowania się i najczęściej w zejściu dający bliznę — w ten sposób powstał drugi — po ognisku pierwotnem — ograniczony w czasie okres zmian wstecznych. Istnieje jeszcze inna możliwość, a mianowicie, że do blizny nie dochodzi, choroba szerzy się z ogniska tego drogą przeważnie oskrzelową, dając początek — najczęściej pod obojczykami — nowym ogniskom, a więc drugi okres anatomiczny przedłuża się i może prowadzić bezpośrednio lub z przerwami do zejścia śmiertelnego.

W innych, klinicznie częściej spostrzeganych przypadkach, po zakończonych blizną drugiego okresu anatomicznego może powstać okres trzeci, rozpoczynający się od ogniska pod obojczykiem, może szerzyć się bezpośrednio dalej lub znowu — jako zejście — dać bliznę będącą przedmiotem wyjścia następujących okresów anatomicznych.

Być może, że te pierwsze ogniska nowego anatomicznego okresu dają często odczyn odogniskowy, co stwierdzić można rentgenologicznie. Odczyn ten cofa się; ognisko zabliźnia się lub rozpada, daje wtedy jamę i t. d. Ognisko to, ani genetycznie ani morfologicznie, ani przebiegiem nie różni się od ognisk innych okresów anatomicznych. Ogniska takie niejednokrotnie były spostrzegane przez anatomo-patologów (w przypadkach śmierci z powodu przygodnych chorób). Anatomo-patolog nie może tego nazwać naciekiem wczesnym, gdyż zawsze stwierdzał istnienie ogniska w szczycie.

Spostrzeżenia anatomo-patologów wskazują na to, że większość ludzi przechodzi pierwszy i drugi okres anatomiczny ze zmianami umiejscowionemi w szczytach, oba te okresy mają tendencję do zabliźniania i mogą nieuczynniać się już w ciągu całego życia lub wielu lat. W późniejszych okresach życia zmniejsza się zdolność do zabliźniania, wzmaga zdolność do szerzenia się suchot.

Już kilkadziesiąt lat temu Orth powiedział, że szerzenie się suchot zależy od zmniejszonej odporności samych płuc, chociaż nauka o zmianie odczynu w gruczołach chłonnych już kwitła. Autor, jak zresztą i inni patologowie, nie uważa za możliwe wyodrębnianie obrazów anatomicznych odpowiadających trzeciemu okresowi Rankego. Podział Aschoffa i Beitzkego na okresy pierwotnej infekcji i reinfekcji również nie nadaje się, gdyż za reinfekt autorzy uważają powtórne z zewnątrz zakażenie. Autor nie widzi możliwości uwzględnienia w rozpoznaniu skąd przyszła infekcja czy jest ex- czy też endogenna: dlatego uważa, że jedynym podziałem możliwym do przyjęcia dla anatomo-patologa jest jego własny podział na okresy anatomiczne, ponieważ uwzględnia on porządek rozwoju ognisk w czasie i umiejscowieniu. Okresy anatomiczne przeciwstawia autor klinicznym i stara się wyjaśnić, czy klinika jest w możności okresy anatomiczne rozpoznać i potwierdzić. Okres anatomiczny pierwszy odpowiada zespołowi pierwotnemu: okres anatomiczny drugi odpowiada gruźlicy szczytów i zwykle przez klinicystów nie jest rozpoznany; jego istnienie stwierdza się post hoc lub wcale. To też trzeci okres anatomiczny z umiejscowieniem przeważnie podobojczykowem, wydaje się klinicznie pierwszym okresem choroby i od tego okresu rozpoczyna się spostrzeganie dalszego przebiegu choroby.

Trudno sobie wyobrazić, by z wygojonego ogniska, lub blizny mogła sprawa szerzyć się dalej. Tu autor wprowadza pojęcie endogennej reinfekcji spowodowanej przez bodziec zewnętrzny.

Dyskusja. Bacmeister wypowiada się przeciwko nowej nauce, mówiąc, że z początkiem suchot płucnych są zawsze ogniska w wierzchołkach z następnie występującem nacieczeniem podobojczykowem, lub bez niego. Ziegler zwraca uwagę, że podstawy nauki Assmana i Redekera oparte są wyłącznie na danych rentgenologicznych, a nie anatomo-patologicznych. Odczytywanie rentgenogramu jest jednak rzeczą subjektywną. Na zdjęciach nacieków przy wolnych szczytach autor dostrzegł w szczytach cienie zgęszczenia. Poza tem, autor uważa za wierzchołek płuca do II ż. (zgodnie z Tendeloo) i sądzi, że będące w mowie nacieki znajdują się w dolnej części szczytu; przypadków wczesnych nacieków sekcyjnych autor nie widział.

Brauner przypomina, że suchoty przebiegają skokami, którym odpowiadają coraz to nowe ogniska wysiękowe; naciek wczesny jest jednym z takich skoków. Stwarzanie nowych nazw dla starych spostrzeżeń uważa za błędne, a samą nazwę fałszywą, gdyż jak wykazał Gräffe zmiany w szczytach są zwykle wcześniejsze.

Schröder przestrzega przed przecenianiem znaczenia nacieków wczesnych. W 1400 badanych przypadkach typowe obrazy nacieków wczesnych spostrzegł jedynie w 32 przypadkach, z których na 29 stwierdzał ogniska w szczytach.

Küpfele sądzi, że naciek wczesny może powstać: 1) z ogniska szczytowego, 2) jako rzeczywiście wczesny naciek w sensie pierwotnej reinfekcji wysiękowej. To pierwsze wydaje się mu częstsze. W roentgenogramach demonstrowanych przez Ulrici i Petersena autor spostrzegł cienie w szczytach i uważa je za wcześniejsze od ognisk podobojczykowych.

Romberg sądzi, że rozprawy będą owocniejsze, jeżeli wcześniej uwzględni się najważniejszy moment „nowej nauki". Nie chodzi tu o wyjaśnienie, gdzie powstaje pierwsze ognisko reinfekcji w szczytach czy podobojczykowo — chodzi o sposób powstawania suchot. Najczęściej suchoty powstają nie powoli z ognisk w szczytach, tylko raptownie jak grypa, z naciekiem zapalnym. Miejsce nacieku może być zmienne.

Löschke widział w szczytach świeże nacieki podobojczykowe; odpowiadają one wysiękowo-serowato-zapalnym ogniskom, powstają zawsze endogennie przez przejście mas zakaźnych z ogniska szczytowego drogą oskrzelową. Naciek wczesny wskazuje na zwrot w chorobie ze sprawy łagodnej w złośliwą.

Ritter podaje statystykę przypadków rejestrowanych jako Turban I; tylko w 11% rozwinęły się suchoty płucne. Z przypadków suchot otwartych autor w 70—80% stwierdza początek chroniczny a nie ostry. „Nowa nauka" opiera się tylko na danych roentgenologicznych i nie docenia zmian szczytowych, które jego zdaniem stanowią początek suchot.

Assman podkreśla ogromne znaczenie kliniczne rozpoznania nacieków, które przebiegają nieraz jak grypa.

Wczesne leczenie może zapobiedz dalszemu szerzeniu się suchot. Czy są przytem stare ogniska w szczytach, uważa autor za nieważne. Częste występowanie ich przy wolnych szczytach nie jest chyba przypadkiem.

Neuman zaznacza, że przerzuty broncho- czy hematogenne zwykle umiejscawiają się na granicach płatów płucnych i tem objaśnia częste występowania nacieków pod prawym obojczykiem; odpowiednie miejsce leży na granicy pomiędzy górnym, a środkowym płatem.

Nicol wypowiada się za nową nauką. W 50% przypadków gruźlicy otwartej dopatrzył się początku ostrego. Dla klinicysty nie jest ważne pierwsze umiejscowienie reinfekcji, tylko pierwsze objawy, dające się klinicznie stwierdzić.

Huebschman mówi, że w 90% wszystkich sekowanych zmiany istnieją w szczycie w postaci blizny lub ograniczonego serowatego ogniska. Jeśli zmian tych roentgenologicznie nie widać, to dlatego, że są one otoczone tkanką rozedmową. Kwestjonuje swoistość nacieków wczesnych i żąda potwierdzenia tego charakteru przez anatomo-patologów. Wobec rzadkości przypadków każdy rozpoznany przypadek nacieku wczesnego w razie śmierci musi być dostarczony wypróbowanej stacji anatomo-patologicznej.

Unverricht nie może zgodzić się na lekceważenie ognisk szczytowych w patogenezie suchot i stwierdza, że ogniska wielkie (2 na 1 na 1 mm) nie są roentgenologicznie widzialne.

Böhme przyczyny różnic w poglądach dopatruje się w równości materjału obserwowanego. Lekarze ambulatoryjni widzą najwięcej nacieków wczesnych, lekarze zakładowi i anatomo-patologowie przeciwnie, ponieważ ten materjał do nich zwykle nie dochodzi.

Redeker sądzi, że większość tego, co mówiono o naciekach wczesnych oparte jest na wadliwej rejestracji; przypadki rejestrowane jako Turban II lub nieraz jako gorączkujące z jamami kryją w sobie nacieki wczesne — przypadków nacieków wczesnych jest znacznie więcej, niż autorzy notują. Jeżeli nacieki wczesne powstają wyłącznie z ognisk szczytowych, to jak objaśnić, że 77% (Simon) suchot u dzieci powstaje z nacieków wczesnych. Jeśli blizna lub ognisko w szczytach znajdujemy u 90% ludzi, to klinicznie ma to takie samo znaczenie, jak stwierdzenie obecności ogniska pierwotnego — potwierdza to tylko wartość nacieków wczesnych — przy wczesnym rozpoznawaniu suchot.

Często się teraz mówi o błędach Roentgena w porównaniu z wynikami autopsji. Przeciwko zarzutom możnaby przytoczyć: materjał sekcyjny nie nadaje się do rozstrzygnięcia zagadnienia o umiejscowieniu pierwszego ogniska szczytowego, gdyż po znacznem rozsianiu odnalezienie ogniska pierwszego jest niemożliwością; nie każda blizna w szczycie jest śladem początku sprawy. Najsłuszniejszym motywem zbijającym dane anatomo-patologów jest pozytywne stwierdzenie pierwszego ogniska podobojczykowego przez promienie Roentgena.

K. B. G. (Łódź).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

II. Polski Zjazd Przeciwrakowy.

W dniach 23 i 24 marca r. b. obradował w Warszawie w Sali Rady Miejskiej II Polski Zjazd Przeciwrakowy, który zgromadziwszy około 400 osób z najpoważniejszych sfer lekarskich i działaczy społecznych całej Polski, dowiódł wymownie stale wzrastającego i dziś już wielkiego zainteresowania się społeczeństwa sprawą walki z rakiem zarówno pod względem ściśle naukowym jak i społecznym. Odczytów obu kategoryj słuchano z równem zainteresowaniem i cieszyły się one dużą frekwencją.

Posiedzenie inauguracyjne zaszczyciła swą obecnością Pani Prezydentowa Mościcka, jako Protektorka akcji walki z rakiem w Polsce.

Otwarcia Zjazdu dokonał b. minister, obecny Naczelnik Izby Lekarskiej, Dr. Witold Chodźko, zapraszając do Prezydjum Prof. Ciechanowskiego (Kraków), Prof. Ejgera (Wilno), Prof. Wrzoska (Poznań), Dra Marzyńskiego (Łódź), Doc. Czarneckiego (Wilno) i Dra Pelczara (Kraków). Przemówienia powitalne wygłosili: w imieniu Rządu Dyrektor Piestrzyński, w im. Komisarjatu Rządu Dr. Eberhard, w im. Tow. Higjenicznego Prezes Dr. Witosław Dąbrowski. Tow. Lekar. Prezes Kazimierz Zieliński, oraz przedstawiciele Uniwersytetów Polskich.

Pierwszy dzień obrad poświęcono społecznej stronie walki z rakiem. Referat Docenta Sterling-Okuniewskiego wykazał znaczną aktywność Pol. Komitetu do zwalczania raka zarówno w kierunku naukowym, jak i społecznym a porównanie ze sprawozdaniami z prowincji (Kraków, Wilno, Łódź i t. d.) pozwoliło stwierdzić dość wyraźną przewagę Stolicy w omawianej akcji. Wielkie Dzieło Daru Narodowego Im. Skłodowskiej-Curie, acz jeszcze nie ukończone, posuwa się dość szybko. Sprawę o nim zdawał w wyczerpującym referacie Prof. Krzyształowicz. Duże wrażenie zrobiło przemówienie Dra Wejnerta, dotyczące tworzenia przytułków dla nieuleczalnych rakowatych. W sprawie tej rozwinęła się rzeczowa dyskusja (Prof. Ejger, Prof. Wrzosek, i inn.) zakończona przyjęciem niżej podanego wniosku (3). Przyjęto również wniosek, wypływający z odczytu Doc. Grudzińskiego w sprawie oddziałów radjologicznych (4).

Część popołudniowego posiedzenia poświęcono całkowicie omówieniu działalności „Koła Pań" Pol. Komitetu do zwalczania raka. Z dużem zainteresowaniem wysłuchano referatów przedstawicielek tej Organizacji, które nakreśliły dokładny obraz swej rozległej i pożytecznej działalności oraz zgłosiły wniosek poniżej przytoczony (2). Przemawiały Panie: Drowa Wejnertowa, wiceprzewodnicząca „Koła", P. Anna Paszkowska, Sekretarka generalna, oraz przewodniczące poszczególnych sekcyj Drowa Sterling-Okuniewska, Dr. Garlicka i Dr. Szczodrowska.

Drugi dzień obrad dowiódł, iż Polska nie posiadając jeszcze specjalnych Instytutów dla naukowych badań raka, jednak poważnie i dość wszechstronnie w tym kierunku pracuje. Szereg naukowych odczytów rozpoczął piękny wykład Prof. Czyżewicza o leczeniu nowotworów radem. Następnie dr. Zwejbaum mówił o hodowli tkanek nowotworowych, Pelczar o przebiegu odczynów odpornościowych w raku, Hirszfeld, Halber i Laskowski o własnościach serologicznych tkanek norm. i rakowatych. Prof. Ejger po-

ruszył ciekawą sprawę badań interferometrycznych a wspólnie z Doc. Czarneckim opracował wpływ układu nerwowego mimow. na powstawanie nowotworów. „Tarczyca i nadnercze a wzrost mięsaka szczurzego“ było tematem dra Flaksa, zaś wyniki trzyletniego stosowania radu w nowotworach złośliwych narządów rodnych kobiety podał dr. Flokstrumpf. Wspólnie zaś z drami Kołodziejskim i Milewskim podał wyniki leczenia ołowiem nowotworów złośliwych. Nakoniec o raku, jako zagadnieniu rasy mówiła p. Adamowiczowa.

Uczestnicy Zjazdu w przerwie między posiedzeniami zwiedzili Przychodnię Polskiego Komitetu do zwalczania raka, Przytułek dla nieuleczalnych rakowatych w Szpitalu św. Łazarza i Instytut Radowy im. Skłodowskiej - Curie. Objaśnień udzielali Dr. Niewiadomski, kierownik Przychodni, Dr. Dłuska i Dr. Stefanowski.

Cechą swoistą tego Zjazdu był liczny udział w nim kobiet, pracujących społecznie. Przybyły one z różnych stron kraju, aby zapoznać się osobiście z działalnością wspomnianego „Koła Pań“ jedynej instytucji tego rodzaju w Polsce.

Uchwały II Polskiego Zjazdu Przeciwrakowego.

1) Zwrócić się do Departamentu Służby zdrowia z prośbą o utworzenie przy nim sekcji raka, na wzór istniejącej sekcji gruźlicy i in.

2) W celu rozszerzenia opieki nad chorymi na raka na terenie całego Państwa zorganizować w większych miastach „Koła Pań“ na wzór istniejącego w Warszawie. Dla ujednostajnienia całej akcji nowe Koła winny posługiwać się drukami Koła Warszawskiego.

3) Należy dążyć do utworzenia w miastach wojewódzkich Przytułków dla nieuleczalnych chorych na raka, w czem inicjatywie społecznej powinny przyjść z pomocą Samorządy i Kasy chorych.

4) Dążyć do utworzenia w dużych szpitalach i klinikach Uniw. oddziałów radjologicznych, co wpłynie korzystnie na rozwój radjologji i może posiadać poważne znaczenie w walce z rakiem, gdyż oddziały takie uzupełnią rolę specjalnych Instytutów Radowych. W dążności do utworzenia tych oddziałów powinni zespolić swe wysiłki radjolodzy i działacze w walce z rakiem.

5) Zjazd uważa za palącą potrzebę dołożenie wszelkich starań ze strony Społeczeństwa, Samorządów i Rządu do naknajszybszego wykończenia Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie.

SPRAWY ZAWODOWE.

Zasady deontologji lekarskiej obowiązujące na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

Cel.

§ 1. Niniejsze Zasady Deontologji Lekarskiej mają być wytyczną w postępowaniu lekarzy względem chorych, społeczeństwa, kolegów, Izby Lekarskiej, Władz Państwowych, Władz Komunalnych, Kas Chorych, przy pracy naukowej, a dla Sądu Izby Lekarskiej mają być podstawą przy dochodzeniu i rozstrzyganiu spraw.

I. Obowiązki lekarzy w ogólności.

§ 2. Każdy lekarz powinien sumiennie wykonywać obowiązki swego zawodu, mając przedewszystkiem na względzie dobro chorego i zdrowie publiczne, oraz pomnąc o swem powołaniu do pracy humanitarnej. Powinien on przestrzegać godności i honoru tudzież wspólnych interesów moralnych i materjalnych stanu lekarskiego, a także zasad koleżeństwa w stosunkach z innymi lekarzami.

§ 3. Każdy lekarz, ustalając rozpoznanie choroby i rokowanie co do dalszego jej przebiegu, winien informować o tem chorego jaknajoględniej, licząc się zawsze z psychiką pacjenta.

§ 4. Udzielanie pomocy lekarskiej opiera się na swobodnej umowie między lekarzem a chorym, lub jego prawnym zastępcą, z wyjątkiem przypadków nagłej potrzeby pomocy lekarskiej, z którą każdy lekarz na wezwanie śpieszyć powinien.

Za swe czynności lekarz ma prawo żądać stosownego wynagrodzenia, a przy wszelkich czynnościach, które można odroczyć, ma prawo umówić się co do jego wysokości.

§ 5. Lekarz ma unikać narzucania swych usług lekarskich tudzież reklamy kupieckiej, a tembardziej reklamy jarmacznej i szarlatańskiej.

§ 6. Stosunki koleżeńskie ma znamionować prawość, lojalność i uprzejmość. Lekarz wystrzegać się winien wszystkiego, coby mogło przynieść ujmę stanowi lekarskiemu.

§ 7. Lekarze przynależni do Izby Lekarskiej, mają się stosować do jej uchwał i zarządzeń.

II. Obowiązki lekarzy względem chorych.

§ 8. W razie naglącej potrzeby lekarz obowiązany jest udzielić tymczasowej doraźnej pomocy lekarskiej bez względu na to, czy otrzyma należne honorarjum, zwłaszcza o ile w danej miejscowości niema zapewnionej i ogólnie dostępnej pomocy.

Wszelako i w tych razach lekarz ma prawo żądać po udzieleniu tymczasowej pomocy stosownego wynagrodzenia.

W miejscowości gdzie jest kilku lekarzy, zaleca się dla nagłych nocnych przypadków, organizowanie nocnych dyżurów lekarskich.

§ 9. Z reguły nie jest dopuszczalne ordynowanie bez uprzedniego zbadania chorego jedynie tylko na podstawie wywiadów o przebiegu i objawach choroby.

Wyjątkowo może lekarz bez zbadania ponownego przepisywać dalsze leczenie takiemu choremu, którego już przedtem w ciągu tej samej choroby osobiście zbadał, a przebieg dotychczasowego cierpienia daje dostateczną podstawę do dalszych zarządzeń leczniczych.

§ 10. Przepisywanie leczenia drogą korespondencji jest niedopuszczalne, a ogłaszanie tego rodzaju leczenia stanowczo jest wzbronione.

Wyjątkowo może lekarz w dalszym ciągu przepisywać leczenie w drodze korespondencji, o ile już poprzednio miał chorego w osobistej obserwacji.

§ 11. Lecząc chorego, lekarzowi nie wolno jest bez koniecznej ku temu potrzeby odwiedzać go w domu, lub polecać przychodzenie do siebie. Dotyczy to zarówno chorych prywatnych, jakoteż i chorych należących do Kas Chorych, do organizacyj pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, czy też innych, temu podobnych instytucyj.

§ 12. Przy dokonywaniu zabiegów, mających na celu przerwanie ciąży, lekarz winien kierować się następującemi zasadami:

a) Decyzja o konieczności dokonania zabiegu powinna być powzięta na podstawie, narady conajmniej dwóch lekarzy, protokólarnie spisanej.

b) Zabieg winien być dokonany w klinice, szpitalu, domu zdrowia, i tylko w przypadkach, grożących niebezpieczeństwem życia ze względu na zwłokę, lub powodowanych innymi ważnymi względami, dopuszczalne jest przeprowadzenie zabiegu tego w prywatnem mieszkaniu pacjentki, nigdy zaś ambulatoryjnie w gabinecie lekarza.

c) Zabieg winien być dokonany w asyście drugiego lekarza, lub conajmniej personelu pomocniczego; opis zabiegu winien być zaprotokółowany i podpisany przez obecnych.

§ 13. Lekarzom, pracującym w przychodniach i lecznicach prywatnych, nie wolno chorych, zgłaszających się do lecznic, odsyłać i przyjmować u siebie w domu za opłatą pobieraną w lecznicach.

§ 14. Stronie wolno jest zmieniać lekarza w ciągu choroby.

Lekarz może odmówić dalszego leczenia chorego, którego rozpoczął leczyć, tylko na podstawie ważnych powodów. Wolno mu bezzwłocznie zaprzestać dalszego leczenia, gdy zauważy, że względem niego chory poczytalny, lub głowa rodziny, lub gospodarz, dopuszcza się obrazy, albo obrazę ze strony innych domowników toleruje.

§ 15. Lekarz winien w odpowiedni sposób zawiadomić rodzinę lub otoczenie chorego, a w razie potrzeby i samego chorego, jeżeli powziął przekonanie o zagrażającem lub już istniejącem niebezpieczeństwie dla życia chorego.

Odmowę dalszego leczenia należy stronie wyraźnie zapowiedzieć.

§ 16. Lekarz winien ściśle przestrzegać tajemnicy lekarskiej. Tajemnica lekarska obejmuje nie tylko to, co chory lub jego otoczenie lekarzowi zawierzyło, lecz odnosi się także do faktów i stosunków, o których lekarz powziął wiadomość jakąkolwiek drogą przy spełnianiu swych obowiązków zawodowych względem klijentów.

Obowiązek tajemnicy lekarskiej nie ogranicza się jedynie do zamilczenia zwierzeń osób powierzonych pieczy lekarza, lecz rozciąga się także na tajemnice innych osób, jeżeli lekarz dowiedział się o nich przy wykonywaniu swego zawodu lub na podstawie swego powołania.

Od zachowania tajemnicy lekarskiej uwalnia lekarza wyraźne zezwolenie chorego do jej wyjawienia.

Pozwolenie to może być ogólne, upoważniające lekarza do wszelkich wyjaśnień, odnoszących się do jego spostrzeżeń, lub

tylko częściowe, upoważniające do wyjaśnienia tylko pewnych szczegółów i wobec pewnych tylko osób.

Lekarz obowiązany jest także zachować tajemnicę osób zmarłych, które miał w opiece lekarskiej, lub też zbadał po śmierci podczas obdukcji. Obowiązek tajemnicy lekarskiej nie wzbrania donosić władzom o tych chorobach zakaźnych, o których obowiązują donosić ogólne przepisy sanitarne.

Obowiązek tajemnicy lekarskiej ustaje na żądanie dania zeznań ze strony władz sądowych, lub na prawne żądanie władz administracyjnych. W podobnych przypadkach lekarz winien się ograniczyć tylko do wyjawienia niezbędnych rzeczowych wyjaśnień.

W razie kolizji obowiązku tajemnicy lekarskiej z wyższemi pod względem etycznym obowiązkami, bądź społecznemi, bądź ogólnoludzkiemi, złamanie tajemnicy jest dopuszczalne, lecz w podobnych przypadkach lekarz winien uprzednio zasięgnąć opinji Zarządu Izby Lekarskiej, lub Zarządu Stowarzyszenia Lekarskiego, do którego lekarz ten należy, a gdyby to było niemożliwe, to przynajmniej opinji dwóch lub nawet jednego kolegi.

C. d. n.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Zdrojowiska państwowe. Największy przyrost procentowy kuracjuszów w zdrojowiskach państwowych w latach ostatnich przypada na Busk, następnie na Krynicę, a na końcu dopiero idzie Ciechocinek. W r. 1927 w Busku było 6.464 kuracjuszów, w r. 1928 — 7.976, czyli wzrost wynosi 23.4 proc. W Krynicy liczba kuracjuszów wzrosła z 30.967 do 35.559 czyli o 14.8 proc., w Ciechocinku z 15.830 do 16.941 czyli o 6.4 proc. Ilość zaś wydanych kąpieli i innych zabiegów wzrosła w Busku o 12.1 proc, w Ciechocinku o 7 proc., w Krynicy zaś tylko o 3,4 proc.

Wnioskować ztąd można, że Krynica przyciąga do siebie nietylko chorych, lecz i zdrowych, przyjeżdżających dla wypoczynku i rozrywki.

W redakcji kwartalnika „Higjena Pracy" odbyło się dnia 20 marca b. r. pod przewodnictwem Marszałka senatu, prof. dr. Szymańskiego, posiedzenie informacyjne w sprawie zawiązania Polskiego Towarzystwa Higjeny i Bezpieczeństwa Pracy. Po wygłoszeniu referatu programowego przez dr. Raciążka wywiązała się dłuższa dyskusja, w której zabierali głos imieniem Dep. Zdrowia M. S. W. dyr. dr. Adamski oraz naczelnik dr. Sęczyc, jak również z zainteresowanych kół przemysłowych prof. inż. Chorzewski oraz inż. Zamoyski. Tezy poruszone w referacie głównym (dr. Raciążek) zostały przez zebranych jednomyślnie przyjęte, jak również i wniosek końcowy (dr. Kłuszyński oraz inż. Besiekierski) dotyczący udzielenia szerszego przedstawicielstwa organizacjom robotniczym, poczem zebranie rozwiązano.

Zmarli: Dr. Eugenjusz Lewenstern, ordynator Oddziału chirurgicznego szpitala Czerwonego Krzyża, wybitny specjalista, pełen zalet jako jeden z najtroskliwszych lekarzy - opiekunów chorych i najzacniejszych kolegów. Zmarł w Warszawie dnia 26. III. 1929 r. Żył lat 55.

Dr. Edward Loth — profesor anatomji opisowej uniwersytetu warszawskiego miał w marcu r. b. w paryskiej szkole antropologicznej cztery wykłady, obejmujące antropologję części miękkich. Poszczególne tematy były następujące:

1) Uwagi ogólne. Antopologja mięśni: mimika twarzy.
2) Antropologja mięśni tułowia, grzbietu i kończyny górnej.
3) Antropologja kończyny dolnej, kanału kiszkowego i dróg oddechowych.
4) Antropologja narządów moczopłciowych naczyń i nerwów obwodowych.

„Trzeźwość" — ukazał się Nr. 3 tego ciekawego miesięcznika i zawiera treść następującą: „Oświadczenie Prezydenta Hoovera w sprawie prohibicji". — Kazimierza Kalinowskiego: „Karczma dzisiejszego życia". — Mowy i wnioski sen. dr. Z. Daszyńskiej-Golińskiej i sen. Aleksandra Iżyckiego w sprawie walki z alkoholizmem. — T. Olpińskiego: „Związki Nadziei w W. Brytanji". — Marji Maćkowskiej: „ Znaczenie kursów alkohologji dla nauczycielstwa". — Artykuł redakcyjny p. t. „Szczyt cynizmu" — C. Żórawskiego: „Z dziejów Koła Abstynentów w Seminarjum Duch. w Płocku". — Dokończenie artykułu o alkoholizmie i walce z nim w 13 krajach europejskich i pozaeuropejskich. — B. Głuchowskiego: „Przegląd czasopism obcych". — Numer uzupełniają: przegląd prasy, kronika oraz dwa rysunki.

Ze względu na doniosłość omawianych przez „Trzeźwość" spraw oraz rzeczowe i bezstronne ich przedstawienie — pismo zasługuje na szerokie rozpowszechnienie. Prenumerata roczna 6 zł., wpłacać na konto P. K. O. Nr. 270.

Rada Lekarska Kasy Chorych m. Warszawy. Dnia 27 lutego r. b. Okręgowy Urząd Ubezpieczeń zatwierdził liczne zmiany w statucie Kasy.

Na zasadzie nowego statutu zostanie wkrótce już powołana do życia Rada Lekarska Kasy Chorych m. Warszawy, która będzie organem opinjodawczym Zarządu Kasy w sprawach organizacji i wykonywania lecznictwa.

Do kompetencji Rady Lekarskiej należeć będzie opinjowanie i zgłaszanie projektów w sprawach następujących: preliminarza budżetowego Działu Lekarskiego; najbardziej racjonalnego zużytkowania budżetu lecznictwa, projektów etatów personalu lekarskiego; planu rozwoju lecznictwa i zakładów leczniczych Kasy; wyszkolenia i perjodycznego dokształcania personalu lekarskiego i pomocniczego oraz stypendjów, urlopów i delegacyj naukowych; koordynacji lecznictwa Kasowego i pozakasowego; stosowania i zakresu akcji zapobiegawczej, uświadamiania chorych i społeczeństwa o zadaniach lecznictwa i higjeny społecznej; racjonalnego stosowania metod i środków leczniczych; regulaminów dla personalu lekarskiego, metod kontroli pracy personalu, wreszcie norm pracy oraz zasad przyjmowania i ewentualnego zwalniania personalu lekarskiego.

Przedstawiciele Rady Lekarskiej będą brać udział w Komisji Kwalifikacyjnej.

Rada Lekarska składać się będzie z 17 osób, zaproszonych na 3 lata, a mianowicie: przedstawiciela Służby Zdrowia Magistratu m. Warszawy, przedstawiciela Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, przedstawiciela Tow. Przeciwgruźliczego, przedstawicieli Tow. Naukowych; internistów, ginekologów, dermatologów, pedjatrów, 5 przedstawicieli Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych i 5 lekarzy, powołanych przez Zarząd Kasy z pośród pracujących w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, medycyny zapobiegawczej i t. p.

Kurs dla Naczelnych Lekarzy Kas Chorych. Hasło „właściwy człowiek na właściwem miejscu" znajduje w Okręgowym Związku Kas Chorych w Poznaniu szczerego wyznawcę i realizatora świadomego swych zadań w odniesieniu do Kas Chorych, położonych na terenie jego działalności.

Związek Kas prowadzi nie tylko intensywną akcję dokształcania personalu administracyjnego Kas Chorych, lecz również dba o udoskonalenie aparatu lekarskiego, a więc czynnika wybitnie oddziaływującego na faktyczną wartość Kas Chorych, jako instytucji ubezpieczeniowej.

Wbrew mniemaniom sceptyków Związek Kas przy współudziale tych ostatnich stwarza właśnie odpowiednie warunki dla pracy naukowej lekarzy, daje możność pogłębienia wiedzy lekarskiej nie tylko pod kątem potrzeb kasowych.

Pierwszym poważniejszym w tym kierunku krokiem był 3-dniowy (od 3 — 5 grudnia włącznie) kurs dla Naczelnych Lekarzy Kas Chorych województw poznańskiego i pomorskiego, urządzony przez Okręgowy Związek Kas Chorych.

Kurs miał na celu zapoznanie uczestników ze zdobyczami nowoczesnej medycyny, ze specjalnem uwzględnieniem wodolecznictwa, z którem zapoznał uczestników p. dr. Żniniewicz z Poznania.

Kurs obejmował zarówno teorję, jak i praktykę.

Wykładali wybitni znawcy poszczególnych dziedzin, profesorowie Uniwersytetu miejscowi i zamiejscowi.

W kursie brało udział 30 pp. lekarzy.

Salę dla kursu życzliwie udzieliła Ubezpieczalnia Krapowa. Po oficjalnem zakończeniu kursu odbył się skromny podwieczorek, w czasie którego wygłoszono kilka przemówień ze strony Związku — pp. Nacz. Wilczyński i dr. Rudkowski, w imieniu uczestników kursu p. dr. Pajzderski z Gniezna, wreszcie p. dr. Wierusz.

Dwaj ostatni mówcy w swych przemówieniach dali wyraz prawdziwego zadowolenia z urządzonego kursu, który przyniósł pełne rezultaty, stąd też wyrazili nadzieję, że Związek zorganizuje podobnych kursów więcej w niedalekiej przyszłości.

Harmonijny nastrój i szczere uznanie ze strony uczestników kursu świadczyło, że na drodze zespolenia sił dla dobra szerokich warstw społeczeństwa zrobiono nowy wielki krok.

Kursy dla pielęgniarek. Okr. Zw. K. Ch. w Warszawie wysłał do swych Kas związkowych następujący okólnik:

„Rozwój lecznictwa kasowego wymaga obecnie znacznej ilości wykwalifikowanych pielęgniarek w przychodniach, żłóbkach oraz pielęgniarek o charakterze higienistek społecznych. Ponieważ wszędzie odczuwać się daje brak takich sił fachowych — Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie zamierza zorganizować kurs dla pielęgniarek. Kurs przewidywałby oprócz wykładów teoretycznych, szereg zajęć praktycznych w szpitalach i klinikach. Kurs trwałby sześć miesięcy i prowadzony byłby systemem internatowym. Opłata za pobyt na kursie wynosić będzie 250 zł miesięcznie od słuchaczki, przy 50 słuchaczkach. Na kurs będą przyjmowane kandydatki posiadające wykształcenie przynajmniej w zakresie 7 oddziałów szkoły powszechnej.

Okręgowy Urząd Ubezpieczeń pismem z dnia 19 lutego b. r. Nr. 2186/I uznał projektowany kurs za nader pożądany i oświadczył, że poprze usiłowania w kierunku jego zorganizowania. Termin kursu ustalony zostanie po napływie odpowiedniej ilości zgłoszeń kandydatek i po przeprowadzeniu szeregu prac przygotowawczych.

Nadmieniamy, że wysuwane przez Kasy stypendystki będą się musiały zobowiązać do 3-letniej pracy w danej Kasie w charakterze pielęgniarki.

Apelujemy do Kas, by przez zgłoszenie odpowiedniej ilości kandydatek umożliwiły zorganizowanie tego, tak bardzo potrzebnego kursu".

Kraków.

Walne Zgromadzenie Krakowskiego Koła Związku Lekarzy Kas Chorych odbędzie się w dniu 15 kwietnia b. r. o godzinie 18½ (6½ wieczór), w Sali Konferencyjnej Kasy Chorych w Krakowie, ul. Batorego 3. II. p.

W sprawie współdziałania Towarzystw lekarskich polskich. Dla ożywienia i podniesienia poziomu ruchu naukowego zachodzi niewątpliwa potrzeba ściślejszych i stalszych stosunków między Towarzystwami naukowemi przyrodniczo-lekarskiemi poza tem doraźnem zbliżeniem, jakie dają Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich. Szczególnie potrzeba współdziałania i współpracy na polu nauk lekarskich; Koła bowiem przyrodnicze posiadają już oddawna wspólne Towarzystwo imienia Kopernika, Koła zaś lekarskie poza Zjazdami organizacji takiej nie mają.

Wprawdzie pierwszym krokiem ku takiej organizacji mogły były stać się Zjazdy lekarzy prowincjonalnych, powstałe w roku 1911 z inicjatywy Dra Seweryna Sterlinga. Jednakże organizacja ta obejmowała tylko teren b. Królestwa Kongresowego, a przerwana przez wojnę światową już odżyć nie zdołała. Przed rokiem 1925 podał Prof. Dr. Witold Nowicki myśl założenia Związku Towarzystw lekarskich polskich, ku czemu byłby się nadawał XII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie; realizacja tej myśli nie dała się już jednak na czas przygotować.

Delegacja stała Zjazdów zajęła się tą sprawą na swem plenarnem posiedzeniu w 1926 roku. Poruszenie jej publicznie wypadło odłożyć do chwili, gdy się okaże, że teren jest rzeczywiście przygotowany do uzyskania pozytywnego wyniku.

Chwila ta obecnie nadeszła. Wskazuje na to odczucie przez szersze Koła lekarskie potrzeby współpracy Towarzystw lekarskich, nawet pojawiające się już jej początki. Od lat kilku nawiązał się taki stosunek między młodem Towarzystwem lekarskiem w Łucku, a środowiskiem lwowskiem. Od Zjazdu lekarzy polskich w Katowicach przygotowuje się podobny stosunek między Towarzystwem lekarzy polskich na Śląsku, a środowiskiem krakowskiem i w r. b. wejdzie on w życie niewątpliwie, dzięki staraniom Dra Hesseka. Wreszcie w ostatnich czasach samorzutnie poruszono tą sprawę w Zarządzie Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

Formy takiej współpracy Towarzystw lekarskich, zarówno uprawiających wszystkie działy medycyny, jak i specjalne tylko jej gałęzie, mogą być rozmaite: wymiana prelegentów, równoczesne opracowywanie wspólnych tematów, wspólny organ naukowy (jakim był np. swojego czasu dla większości Towarzystw „Przegląd lekarski"), współpraca na polu zbiorów naukowych, bibljotek i t. p., wreszcie nawet oparty na osobnym statucie stały Związek.

Doświadczenie rozstrzygnie, jakie formy będą najodpowiedniejsze; narzucenie ich zgóry chybiałoby celu.

Należy zacząć od najłatwiejszego współdziałania w postaci wymiany prelegentów, nie ograniczając się wszakże tylko do wyjazdu ich z miast uniwersyteckich do mniejszych środowisk, ale wymieniając ich także wzajemnie między temi środowiskami. Przez kilka miesięcy, pozostających do XIII Zjazdu w Wilnie, okaże się, czy będzie można pójść dalej i już na tym Zjeździe stworzyć inne jeszcze sposoby współpracy.

Prezydjum Delegacji Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, podając powyższe do wiadomości, prosi tą drogą wszystkie Towarzystwa lekarskie polskie o rozpatrzenie tej sprawy i podjęcie jej realizacji.

Prezydjum Delegacji Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich: Sekretarz generalny: *Janiszewski.* Przewodniczący: Prof. Dr. *Stan. Ciechanowski mp.*

Lwów.

Prymarjuszem Oddziału Roentgenologicznego Szpitala Powszechnego we Lwowie został zamianowany dotychczasowy Starszy Asystent II Kliniki wewnętrznej Uniwersytetu J. K. Dr. Juljan Tumidajski.

Dr. Adam Gruca Starszy Asystent Kliniki Chirurgicznej J. K. został zamianowany docentem chirurgji na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. X Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 5 kwietnia b. r. z następującym porządkiem dziennym:

1) Kol. O. Blatt i F. Goldschlag: 4 przypadki rzadkich dermatoz (pokaz);

2) Kol. K. Wiślański: Witaminy i hormony (wykład).

W dyskusji zabierali głos następujący kol.: St. Ostrowski. Leszczyński, Nowicki, Dobrzański, Gąsiorowski, Barącz. Elmer.

Z kraju.

Zakład zdrojowy Nałęczów — oddalony o trzy godziny jazdy koleją od Warszawy ogłasza tani sezon wiosenny na czas od 26 marca do 15 czerwca. Koszta całkowitego utrzymania, leczenia i t. p. w tym sezonie mają kosztować 310 zł na przeciąg 21 dni.

Druskienniki. Tutejsza Komisja Zdrojowa rozpisała konkurs na stanowisko miejscowego lekarza zdrojowego. Koledzy lekarze pragnący starać się o to stanowisko zechcą przesłać wspomnianej Komisji do 15. V. 1929 r. podanie zaopatrzone w curriculum vitae, stwierdzające nieprzekroczony 50 rok życia, dokumenty stwierdzające prawo wykonywania praktyki lekarskiej w granicach Rzeczypospolitej Polskiej i to wykonywania jej conajmniej od trzech lat, dokument stwierdzający ewentualną pracę zdrojowa. a wreszcie warunki pracy i płacy.

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do 1. VI. 1929 r.

Ze świata.

Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa Międzynarodowy Komitet Organizacyjny. Prezes — Dr. René Sand 2, avenue Velasquez, Paryż (8). — Sekretarz — Dr. E. H. Lewinsky - Corwin, 2 East 103 d Street N. York. Z inicjatywy Komitetu Międzynarodowego, obejmującego przedstawicieli władzy administracyjnej, lekarzy, pielęgniarek oraz przedstawicieli zainteresowanych stowarzyszeń narodowych, w dniach od 13 do 15 czerwca 1929 zbierze się pierwszy Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa w Atlantic City (miejscowość kąpielowa pod Filadelfią). W tem samem mieście od 17 do 21 czerwca odbędzie się sesja amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitalnictwa. Członkowie Kongresu Międzynarodowego są najuprzejmiej zaproszeni do wzięcia udziału w tem drugiem zgromadzeniu, które dopełni obrady Komitetu Międzynarodowego.

Od nia 13 do 21 czerwca w Atlantic City będą otwarte: Wystawa Międzynarodowa Naukowa i Wystawa Międzynarodowa Handlowa, obie poświęcone szpitalnictwu.

Od 5 do 11 czerwca uczestnicy Kongresu będą gośćmi Komitetu Amerykańskiego, który zawiezie ich do Bostonu, do Montrealu, do wodospadów Niagary, do Rochester, do Waszyngtonu i do Baltimore. Podczas tej wycieczki zwiedzą oni liczne szpitale.

Program Kongresu został ustalony w sposób następujący:

13 czerwca — posiedzenie ranne: przemówienia przedstawicieli różnych państw, biorących udział w Kongresie, uchwalenie regulaminu, wybór prezydjum.

Posiedzenie popołudniowe: dyskusja na temat wpływu planów szpitali na koszty ich budowy i utrzymania, jak również na skuteczność leczenia (referent — dr. S. S. Goldwater, N. York). — 14 czerwca — posiedzenie ranne: dyskusja na temat dochodów szpitalnych (referent — prof. Groeber, Jena).

Posiedzenie popołudniowe — dyskusja na temat roli szpitali

publicznych i szpitali prywatnych (referent dr. W. H. Mansholt, Groningen).

15 czerwca — posiedzenie ranne — dyskusja na temat szpitali psychjatrycznych (referent będzie wyznaczony) i szpitali dla chorób chronicznych (referent — prof. J. Tandler, Wiedeń).

Posiedzenie popołudniowe — dyskusja na temat: Stowarzyszenia narodowe szpitalnictwa i stworzenie Stowarzyszenia Międzynarodowego Szpitalnictwa (referenci — pp. Brizon i A. Gonachon, Ljon).

Przygotowanie drugiego Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa.

Głosowanie wniosków.

Mowa zamknięcia.

Referaty będą rozdane zawczasu. Zgłoszenia, odnoszące się do tematów, wymienionych powyżej, będą mogły być przedstawione na dorocznej sesji amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitalnictwa.

Wystawa Naukowa będzie podzielona na sekcje narodowe, zorganizowane przez komitety, zajmujące się propagandą w każdym kraju. Bardzo obszerne pomieszczenie jest im oddane bezpłatnie do dyspozycji. Komitety narodowe poniosą koszty transportu okazów i ich zabezpieczenia podczas przewozu, jak również koszty urządzenia stoisk.

Te same zasady obowiązują dla Wystawy Handlowej z tą różnicą, że pomieszczenie będzie wydzierżawione po cenie kosztu. Każdy Komitet przyjmie lub odrzuca przesyłki swych ziomków, powodując się zasadą, że wystawa ma za zadanie pokazanie ważnych postępów, osiągniętych w przemyśle w zakresie urazdzenia szpitali i przedmiotów, któremi się one posługują. Okazom, przywożonym na wystawę, zostało zapewnione zwolnienie od cła.

Adres Sekretarjatu Kongresu: Atlantic City, Ritz-Carlton Hotel.

Akademja Medyczna w Nowym Yorku (2 East 103 d Street) ofiarowuje swoje usługi członkom Kongresu podczas całego czasu trwania ich pobytu w N. Yorku. Zobowiązuje się dostarczać im pocztę podczas wyjazdów.

Do chwili obecnej liczne rządy i narodowe stowarzyszenia szpitalnictwa podały już swych delegatów. Jest rzeczą bardzo ważną, aby wszystkie kraje były reprezentowane na Kongresie przez swych najwybitniejszych fachowców.

Regulamin. Cel Kongresu. Celem Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa, mającego odbyć się w Stanach Zjednoczonych w r. 1929, jest ułatwienie stosunków między zarządami szpitalnemi, publicznemi i prywatnemi, pośredniczenie w wymianie informacyj i wymiana zdań między osobami, interesującemi się na całym świecie sprawami szpitalnictwa.

Organizacja. Pierwszy Kongres Międzynarodowy Szpitalnictwa organizuje Komitet Wykonawczy Międzynarodowy, wybrany w Paryżu we wrześniu 1927 r. i sierpniu 1928 r. przy współudziale komitetów narodowych krajów uczestniczących.

Przyjmowanie członków. Członkami Kongresu mogą być osoby, urzędy i instytucje:

a) delegowane przez władze publiczne (związkowe, narodowe, prowincjonalne lub departamentowe, kantonalne lub miejskie) lub przez narodowe stowarzyszenia szpitalnictwa;

b) zapisane na własną prośbę przez Narodowe Stowarzyszenie Szpitalnictwa, które zawiadamia o tem sekretarza generalnego Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego;

c) zapisane przez sekretarza generalnego Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego, gdy idzie o kraje, które nie posiadają Narodowego Stowarzyszenia Szpitalnictwa;

d) zaproszone na jego własną odpowiedzialność przez jednego z członków Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego.

Składki. Składka członkowska wynosi 5 dolarów. Daje ona prawo do otrzymywania sprawozdań i protokółów.

Prezydjum. Prezydjum będzie wybrane na pierwszem posiedzeniu Kongresu na wniosek Komitetu Wykonawczego.

Języki. Każdy przemawia w języku swego wyboru. Przemówienia będą przetłumaczone w streszczeniach na takie języki, jakie będą postanowione stosownie do okoliczności. Sprawozdania i protokóły będą wydane po francusku, po angielsku i po niemiecku.

Wnioski. Kongres nie formułuje wniosków, dotyczących kwestyj technicznych.

Międzynarodowy Komitet Wykonawczy. Delegaci, obecni na zebraniach we wrześniu 1927 i w sierpniu 1928, tworzą Międzynarodowy Komitet Wykonawczy do chwili otwarcia Kongresu. Komitet ma prawo kooptowania nowych członków.

Program wycieczki, urządzonej dla członków Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa:

Środa 5 czerwca: Obiad w hotelu w N. Yorku. — Spotkanie na dworcu centralnym o 10 godz. wieczorem w specjalnym pociągu Pullmanowskim, przeznaczonym dla członków Kongresu.

Czwartek, 6 czerwca: Przyjazd do Bostonu o godz. 7,05 rano, wyjazd o 9 godz. wieczorem.

Piątek, 7 czerwca: Przyjazd do Montreal o godz. 7,30 rano, wyjazd o godz. 6,25 wieczorem.

Sobota, 8 czerwca: Przyjazd do wodospadów Niagary o godz. 10 rano.

Niedziela, 9 czerwca: Wyjazd o godz. 8,10 rano. Przyjazd do Rochester o 11 rano.

Poniedziałek, 10 czerwca: Przyjazd do Waszyngtonu o godz. 8,45 rano.

Wtorek, 11 czerwca: Odjazd o godz. 9 rano. Przyjazd do Baltimore o godz. 9,52. — Wyjazd z Baltimore o godz. 5,13 wieczorem. Przyjazd do Atlantic City o godz. 8 wieczorem.

Organizacja podróży. Kompanja American Express jest urzędowym agentem Kongresu w sprawach, dotyczących przejazdu członków Kongresu. Ofiarowuje swoje usługi, celem zamówienia kabiny do podróży tam i z powrotem, pokoju w hotelu, biletów kolejowych lub miejsc zarezerwowanych, słowem postara się zaspokoić wszystkie ich żądania. W szczególności udzieli im informacyj co do podróży, które zechcieliby odbyć po ukończeniu Kongresu, aby zakończyć swą wizytę do Stanów Zjednoczonych.

Członkowie Kongresu są proszeni o skomunikowanie się z Kompanją American Express, najbliższą ich miejsca zamieszkania, wskazując datę, kiedy chcieliby przybyć do N. Yorku, rodzaj hotelu, w jakim chcieliby zamieszkać, i zaznaczając, czy wezmą udział w wycieczce (5—11 czerwca), organizowanej bezpłatnie (koleje, wagony sypialne, hotele, posiłki, autocary i t. d.), przez Amerykańskie Stowarzyszenie Szpitalnictwa.

Nie należy zapominać, że wszystkie statki, jadące z Ameryki do Europy w drugiej połowie czerwca i pierwszej połowie lipca, są przepełnione. Jeśli kabina na drogę powrotną nie będzie w porę zamówiona, członkowie Kongresu mogliby znaleść się w trudnem położeniu. Jest więc rzeczą konieczną jaknajrychlej poczynić odpowiednie kroki.

Najniższe ceny przejazdu przez ocean Atlantycki są następujące w dolarach:

	Do Nowego Yorku	Z Nowego Yorku
I klasa	177,50 do 272,50	206,25 do 300
II klasa	140 do 157,50	140 do 157,50
III klasa dla turystów	120 do 125	120 do 125

Podróż III klasą „dla turystów" tam i zpowrotem 200 do 210 dolarów.

W II klasie jedyną zniżką, przyznaną przy podróży w obie strony, jest 5% dla pasażerów, wyjeżdżających z N. Yorku po 15 lipca.

W I klasie żadna zniżka nie będzie przyznana.

Czynione są jednak kroki, aby uzyskać zniżkę od ceny przejazdu do Ameryki. Członkowie Kongresu są proszeni o zwrócenie się w tej sprawie do Kompanji American Express, która poinformuje ich jak tylko zapadnie odpowiednia decyzja.

W Nowym Yorku ceny hotelowe są następujące: w hotelu pierwszorzędnym za pokój z łazienką 4 do 5 dolarów dziennie (za 1 osobę) lub 7 do 8 dolarów (za dwie osoby). Naogół hotele nowojorskie nie udzielają pension. Wszystkie trzy posiłki dziennie (à la carte) kosztują około 3,50 do 4,50 dolarów dziennie.

W Atlantic City większość hoteli daje kompletne pension za 6 do 10 dolarów. Członkowie Kongresu mają prawo do 10% zniżki od tych cen.

Karta zgłoszenia:

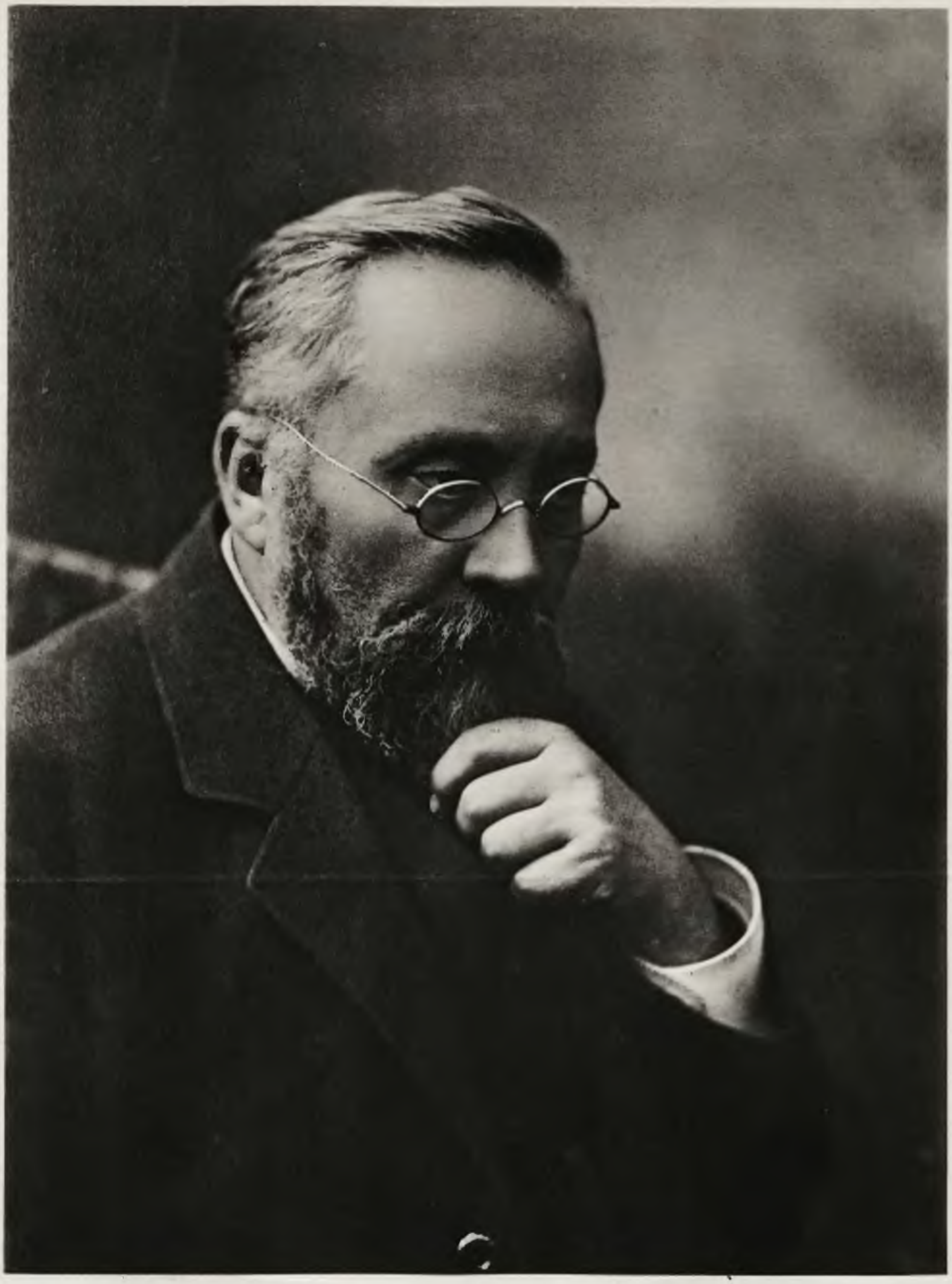
Nazwisko . . . .
Tytuł . . . .
Adres . . . .

zapisuje się jako członek Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa i przesyła sumę pięciu dolarów, jako składkę członkowską.

(Przesłać taką kartę i składkę do dra Lewinsky-Corwin, 2 East 103 d. Street, N. York).

M i ę d z y n a r o d o w y d o r o c z n y k u r s d l a l e k a r z y w K a r l s b a d z i e. Tegoroczny karlovarski (XI) Międzynarodowy Kurs Lekarski (z specjalnem uwzględnieniem balneologji i balneoterapji) odbywać się będzie w czasie od 15 do 21 września. Uczestnicy otrzymają 33% zniżkę na kolejach czeskosłowackich jak również i bezpłatne wizy.

Wiadomości udziela zarządzający Dr. Edgar Ganz v Karlovych Varach.



Urodził się w r. 1854 w Krzywonosach, Ziemi Wileńskiej

Zmarł w r. 1919 w Krakowie

